

La salut a Barcelona

2002



La Salut a Barcelona, 2002

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i tercera tinent d'alcalde de l'Ajuntament de Barcelona

Imma Mayol i Bertran

Regidor Ponent de Salut Pública

Ignasi Fina i Sanglès

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan Guix Oliver

Adjunt a Gerència de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan Ramon Villalbí i Hereter

Director de l'Institut de Medicina i Salut (IMS), Agència de Salut Pública de Barcelona

Antoni Plasència i Taradach

Cap del Servei d'Informació Sanitària (IMS), Agència de Salut Pública de Barcelona

Carme Borrell i Thió

Edita: Agència de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
D.L.: B-17.004-04
Producció gràfica: Primer Segona Edicions

Coordinació general de l'informe

Carme Borrell i Thió i Joaquín Salvador Peral

Coordinació i redacció dels capítols

- Capítol 1 La salut i els seus determinants en la població de Barcelona. Coordinadora: Carme Borrell (IMS-ASPB). Hi han participat: Josep Arqués, Lucía Artazcoz, Teresa Brugal, Immaculada Cortès, Catherine Pérez, Àlex Guarga, M. Esther Jordà, Cristina Minguell, Manel Nebot, Àngels Orcau, M. Isabel Pasarín, Aïna Plaza, Maica Rodríguez, Joaquín Salvador i Elvira Torné.
- Capítol 2 La salut maternoinfantil. Coordinador: Joaquín Salvador (IMS-ASPB). Hi han participat: Lucía Artazcoz, Silvina Berra, Carme Borrell, Joan A. Caylà, Elia Díez, M Dolors Estrada, Àlex Guarga, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Àngels Orcau, Helena Pañella, M. Isabel Pasarín, Catherine Pérez, Carolina Pijem, Aïna Plaza, Alfonso Pozuelo, Ramón Prats, Luis Rajmil i Maica Rodríguez.
- Capítol 3 La salut mental a Barcelona. Coordinadores: Elisabet Puigdollers i Antònia Domingo (IMIM). Hi han participat: Jordi Alonso, Carme Borrell, Montse Ferrer, Josep M. Haro, Catherine Pérez, Maica Rodríguez, Luis Rajmil i Lluís Torralba.

Edició del text

Maribel Urgellés

Han contribuït a l'elaboració de l'informe:

Institut de Medicina i Salut de l'ASPB

Carles Ariza, Lucía Artazcoz, Carme Borrell, M. Teresa Brugal, Joan A. Caylà, Immaculada Cortès, Elia Díez, Josep M. Jansà, Rocío Maldonado, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Patrícia G. de Olalla, Montse Arisso, Àngels Orcau, M. Isabel Pasarín, Helena Pañella, Catherine Pérez, Antoni Plasència, Isabel Ricart, Joaquín Salvador, Milagros Sanz i Maribel Urgellés

Institut per a la Prevenció i Atenció a les Drogodependències. ASPB

Lluís Torralba

Institut de Seguretat Alimentària i de Salubritat. ASPB

Xavier Llebaria, Josep Arqués, Javier de Benito, Mercè Guillen, Víctor Peracho i Montserrat Ramoneda

Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental

Ricard Alsina, José Gracia, Margarida Parés i Pau Rodríguez

Direcció de Planificació i Avaluació del Consorci Sanitari de Barcelona

Àlex Guarga, Elvira Torné, Aïna Plaza, Alfonso Pozuelo, Cristina Minguell i Esther Jordà.

Institut Municipal d'Investigació Mèdica

Jordi Alonso, Antònia Domingo, Montse Ferrer i Elisabet Puigdollers

Agència Avaluació i Tecnologia Mèdica

Silvina Berra i Luis Rajmil

Unitat de Recerca i Desenvolupament, Sant Joan de Déu - SSM

Josep M. Haro

ÍNDIX

PRESENTACIÓ	7
CAPÍTOL 1. LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS EN LA POBLACIÓ DE BARCELONA	9
1.1 La població i el medi	11
1.2 La salut percebuda	15
1.3 Les conductes relacionades amb la salut	19
1.4 Problemes de salut específics	22
1.5 La mortalitat	28
1.6 Els serveis sanitaris i de salut pública	32
CAPÍTOL 2. LA SALUT MATERNOINFANTIL A BARCELONA	39
2.1 Embarassos i parts	41
2.2 Utilització de serveis sanitaris	51
2.3 Vacunació infantil	60
2.4 Morbimortalitat maternoinfantil	60
2.5 La salut percebuda en menors de quinze anys (5-14 anys)	68
2.6 La salut maternoinfantil en immigrants	69
CAPÍTOL 3. LA SALUT MENTAL A BARCELONA	71
3.1 Introducció	73
3.2 La salut mental a Barcelona	74
3.3 Comentari dels resultats	78
CONCLUSIONS	83
RESUM EXECUTIU	87
RESUMEN EJECUTIVO	92
EXECUTIVE SUMMARY	95

PRESENTACIÓ

Aquest any tinc el gust de presentar el vintè Informe de salut a Barcelona, que novament contribueix a conèixer la situació i l'evolució de l'estat de salut de la població de la ciutat. Aquest informe és un instrument que ajuda a millorar el coneixement de la ciutat i que facilita la presa de decisions, basada en informació vàlida sobre els problemes de salut de la població i els seus determinants, i sobre l'accessibilitat i la utilització dels serveis sanitaris. Pot ser útil tant per a la població en general, com per als planificadors de la salut i dels serveis sanitaris.

El primer capítol descriu la salut i els seus determinants en la població durant els darrers anys, i també quina ha estat la utilització i la disponibilitat dels serveis sanitaris a la ciutat. Entre els problemes específics de salut destaquen els accidents laborals greus, incloent-hi els mortals, que es produeixen en els sectors de serveis, construcció i indústria en ordre decreixent; una mitjana de seixanta morts a l'any denota una prevenció deficient i poc resolutiva, tot i que cal dir que un terç d'aquestes morts són in itinere, durant els desplaçaments, i per tant requereixen un abordatge integrat. En aquest primer capítol, tal com ha succeït en els darrers anys, també hi han col·laborat persones del Consorci Sanitari de Barcelona i de la Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental de l'Ajuntament de Barcelona.

Aquest any, el segon capítol analitza en profunditat la salut maternoinfantil. Descriu l'evolució de la natalitat a la ciutat de Barcelona, que des del 1999 es recupera lleugerament, després d'uns quants anys en què ha disminuït. S'hi reflecteix que cada vegada hi ha més dones immigrants que tenen fills, i també que augmenta el nombre de dones que tenen fills en edat avançada. Així mateix, el capítol posa en evidència la progressiva millora en el control de l'embaràs, tant per part dels serveis

de salut, com per part de les mateixes embarassades. A més, es posa en relleu l'augment de la medicalització de l'embaràs, que es reflecteix en un alt nombre d'ecografies, de proves invasives, de parts múltiples i de cesàries. El capítol també descriu altres qüestions relacionades amb la salut dels infants i adolescents.

El tercer capítol presenta l'estat de la salut mental a Barcelona. Es fa una anàlisi exhaustiva de les dades de l'Enquesta de salut a Barcelona de l'any 2000, tot examinant les variables relacionades amb el patiment psicològic dels ciutadans i ciutadanes. Es presenta la relació entre el patiment psicològic i les variables socials i de salut, per acabar amb una descripció de la utilització dels serveis de salut mental.

A part dels tres capítols de l'informe, com es fa cada any, es presenta un annex on figuren alguns dels principals indicadors de salut en els deu districtes de la ciutat. Com els anys anteriors, aquestes dades posen en evidència l'existència de desigualtats en la salut a escala territorial, i per tant poden ser útils per engegar estratègies diferents a cadascun dels territoris de la ciutat.

L'elaboració d'aquest nou informe posa en relleu, una vegada més, que l'Agència de Salut Pública fa d'observatori de la salut i dels serveis sanitaris de la ciutat, i proporciona informació útil tant per als decisors de la política sanitària, com per a les persones interessades en aquesta qüestió.

Ignasi Fina i Sanglas
Regidor ponent de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona

CAPÍTOL 1

LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS EN LA POBLACIÓ DE BARCELONA

1.1. La població i el medi

1.1.1. La situació demogràfica i perspectives de la població

La població de Barcelona l'1 de gener del 2002 era d'1.527.190 habitants. A la taula 1.1 es presenta l'estructura per edat i sexe de la població de Barcelona segons dades del padró des del 1986 fins al 2001. Es continua incrementant el percentatge de persones que són més grans de seixanta-cinc anys, que actualment és del 18% dels homes i el 25% de les dones, i és sobretot el grup de més grans de setanta-cinc anys el que presenta els majors increments. També ha augmentat el nombre de persones grans que viuen soles (30% dels més grans de setanta-cinc anys).

Cal assenyalar l'increment de població estrangera que ha passat de ser un 1,9% l'any 1996 a un

10,7% el mes de gener de l'any 2003. Els districtes de Ciutat Vella i l'Eixample són els que tenen més població estrangera.

1.1.2. La situació socioeconòmica: la població treballadora a Barcelona

Segons l'Enquesta de població activa (EPA), el quart trimestre del 2002 la població activa era de 639.900 persones (una taxa d'activitat del 52,5%), un 56% de les quals eren homes. Com en altres indrets, la taxa d'activitat en homes (el 63,3%) era superior a la de les dones (el 43,3%). La taxa d'activitat durant el període 1994-2002 s'ha mantingut estable (taula 1.2).

L'any 2002, la població ocupada de Barcelona era de 550.000 persones, el 55% de les quals eren homes. La taxa d'ocupació se situava, doncs, en el 46,5%, més alta en els homes (el 56,3%, enfront del 38,0% en les dones). Al llarg del període 1994-2002, aquesta taxa s'ha mantingut estable en les dones i ha mostrat una lleugera tendència al descens en els homes (taula 1.2).

Taula 1.1. Evolució de la població. Barcelona, 1986-2001

		1986	1991	1996	2000	2001
Població						
0-14 anys	Homes	157.073	121.726	92.093	89.984	88.592
	Dones	148.243	115.104	87.544	85.557	84.543
15-44 anys	Homes	354.869	352.714	314.536	315.932	317.954
	Dones	359.482	356.504	320.916	318.297	318.161
45-64 anys	Homes	201.324	193.872	178.844	174.004	172.202
	Dones	228.532	218.143	203.061	197.532	196.389
65-74 anys	Homes	59.021	68.244	76.425	76.541	74.974
	Dones	88.327	97.166	104.124	101.821	99.508
75 anys i més	Homes	34.345	39.432	43.087	51.322	31.502
	Dones	70.596	80.639	88.175	101.981	100.059
Total	Homes	806.632	775.988	704.985	707.783	705.224
	Dones	895.180	867.554	803.820	805.188	798.660
% població de 65 anys o més	Homes	11,6	13,9	16,9	18,1	17,9
	Dones	17,7	20,5	23,9	25,3	25,0
Índex de sobreenvelliment	Homes	36,8	36,6	36,05	40,14	
	Dones	44,4	45,35	45,85	50,04	
Gent gran que viu sola	65-74 anys	ND	27.533(16,6%)	31.280(17,3%)	35.402(19,8%)	31.935(18,3%)
	75-84 anys	ND	21.857(23,2%)	27.207(27,4%)	34.310(29,9%)	34.387(29,9%)
	85 anys i més	ND	4.664(18,1%)	7.683(24,1%)	12.597(30,2%)	12.597(34,3%)
Nivell d'instrucció (16 anys i més)						
Analfabets i primària incompleta	ND	18,9	15,8	14,8		
Primària completa	ND	27,8	27,6	28,3		
Estudis secundaris	ND	34,9	38,5	39,9		
Títol de grau mitjà	ND	6,7	7,3	5,8		
Títol superior	ND	7,3	9,9	10,7		
No conegut		4,3	0,8	0,4		
Percentatge de població estrangera				1,9%(març)	3,5(març)	7,6 (gener 2002) 10,7 (gener 2003)

Font: Padró municipal 1986, 1991 i 1996 i lectura de padró continu el desembre del 2000 i el del 2001. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

La majoria de la població ocupada treballa al sector serveis (el 71,1%), el 23,3% ho feia a la indústria, només el 5,1% ho feia a la construcció, i una proporció insignificant treballava al sector primari (taula 1.3).

També segons l'EPA, l'any 2002 hi havia 63.700 persones en atur que havien perdut una feina prèvia i 10.200 que la buscaven per primera ve-

gada. Així doncs, la taxa d'atur se situava en l'11,5%, i era lleugerament més alta en les dones (el 12,3% enfront de l'11,0% en els homes). En el període 1994-2002, l'atur s'ha reduït de manera molt significativa, passant del 21% el quart trimestre del 1994 a l'11,5 actual. També s'han reduït les diferències entre els dos sexes, que passava de quasi 6 punts –més atur en les dones– l'any 1994 (el 24,5%, enfront del 18,3% en els homes) a pràcticament només 1 punt en l'actualitat (taula 1.2 i figura 1.1).

Taula 1.2. Evolució de les taxes d'activitat, d'ocupació i d'atur. Barcelona, 1995-2002

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1r trimestre 1995	65,2	41,4	55,3	31,5	15,3	24,1
2n trimestre 1995	64,2	42,3	53,8	32,1	16,3	24
3r trimestre 1995	62,9	42,5	52,7	31,7	16,3	25,3
4t trimestre 1995	61,2	42,3	51,1	32,2	16,4	24
1r trimestre 1996	61,4	40,9	50,6	31,4	17,6	23,1
2n trimestre 1996	60,3	41,2	49,4	32,3	18	21,6
3r trimestre 1996	60,6	41,9	49,1	32,4	19,1	22,8
4t trimestre 1996	61,7	41,8	49,9	32,9	19,1	21,4
1r trimestre 1997	58,8	40,9	47,8	32,1	18,7	21,6
2n trimestre 1997	60,1	42	50,9	32,6	15,3	22,3
3r trimestre 1997	62,1	43,2	53,6	34,1	13,8	21
4t trimestre 1997	61,5	41,4	53,3	32,6	13,3	21,1
1r trimestre 1998	61,7	41,5	54,6	32,2	11,6	22,4
2n trimestre 1998	63,2	40,6	56,3	31,9	11	21,5
3r trimestre 1998	63,7	41,2	56,3	31,5	11,6	23,4
4t trimestre 1998	61,8	40	54,8	31,6	11,3	21,2
1r trimestre 1999	60,3	38,9	54,1	31,8	10,3	18,2
2n trimestre 1999	58,8	39	53,8	32,3	8,5	17,2
3r trimestre 1999	57,9	37,9	52,6	32,4	9,1	14,7
4t trimestre 1999	59,2	40	53,3	33,1	9,9	17,2
1r trimestre 2000	59,0	39,1	53,0	33,6	10,1	14,1
2n trimestre 2000	58,8	38,6	53,0	34,0	9,8	11,9
3r trimestre 2000	59,0	38,8	53,3	34,4	9,7	11,4
4t trimestre 2000	59,7	39,6	54,5	34,9	8,8	11,9
1r trimestre 2001	58,4	39,4	52,4	35,0	10,3	11,0
2n trimestre 2001	57,1	39,1	51,6	34,1	9,7	12,8
3r trimestre 2001	57,5	40,1	52,3	34,5	8,9	14,0
4t trimestre 2001	55,5	39,7	50,9	34,0	8,4	14,3
1r trimestre 2002	61,5	43,9	55,2	37,6	10,2	14,4
2n trimestre 2002	61,4	42,9	56	37	8,8	13,8
3r trimestre 2002	62,9	42,9	57,2	36,7	9,1	14,4
4t trimestre 2002	63,3	43,3	56,3	38	11,0	12,3

Font: Encuesta de población activa. Instituto Nacional de Estadística.

Taula 1.3. Evolució de la població ocupada segons sector econòmic. Barcelona, 1995-2002 (en %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Agricultura	0,4	0,3	0,2	0,7	0,4	0,1	0,6	0,5
Indústria	23,7	23,8	23	23,8	18,6	20,2	22,1	23,3
Construcció	4,5	4,9	3,7	4,7	6	5,5	5,1	5,1
Serveis	71,4	71	73,1	70,8	75	74,2	72,2	71,1

Font: Encuesta de población activa. Instituto Nacional de Estadística.

Taula 1.4. Mitjanes anuals de contaminants atmosfèrics. Barcelona, 1996-2002

Contaminant (mg/m ³)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
NO ₂	53	53	57	54	55	49	54
CO	1,1	1,3	1,3	1,2	0,9	0,8	0,8
O ₃	28	29	26	31	32	26	27
Partícules totals en suspensió	118	130	119	125	110	102	90
Pb	0,21	0,24	0,18	0,13	0,12	0,07	0,04

Font: Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental. Ajuntament de Barcelona.

1.1.3. El medi ambient

L'aire

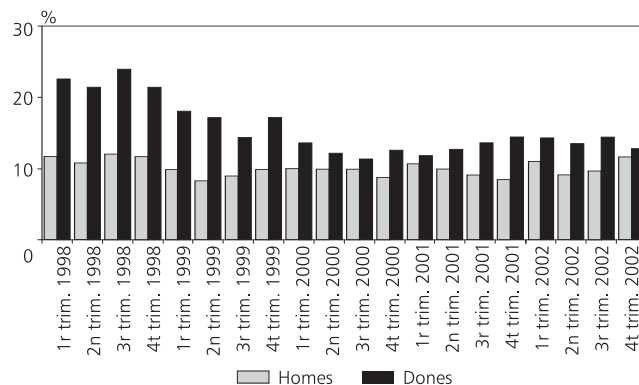
La qualitat mitjana de l'aire durant l'any 2002 ha estat similar a de l'any anterior, si bé es pot considerar que els nivells de contaminació dels darrers cinc anys presenten, en general, una tendència al descens (taula 1.4). Els indicadors tradicionals de contaminació atmosfèrica (SO₂ i fums) han continuat força baixos, com també el de plom, que continua la seva davallada.

Pel que fa al compliment dels valors de referència establerts en la normativa estatal i europea vigents per al període, les partícules totals en suspensió, el NO₂, el plom i el CO no han superat a cap estació cap dels valors límit admissibles establerts, i l'ozó no va superar cap dia el llindar horari d'informació a la població.

En el cas de les partícules, al llarg de l'any 2002 es va ampliar la determinació dels nivells de PM10 (partícules respirables) a cinc estacions de mesura de la ciutat. El nombre de superacions del nivell màxim diari tolerat ha estat inferior al permès en l'RD 1073/2002, excepte a l'estació de l'Eixample, mentre que el valor mitjà anual tolerat s'ha superat a les estacions de trànsit. Pel que fa al NO₂, solament es va superar la mitjana anual a l'estació de Gràcia - Sant Gervasi. Quant al benzè, no es va superar a cap estació el nivell tolerat per al període. L'any 2002 es van complir els valors límit que s'han d'assolir l'any 2005 per al diòxid de sofre i per al plom, i l'any 2010 per al CO.

L'impacte agut de la contaminació atmosfèrica sobre la salut

Barcelona és una de les vint-i-sis ciutats europees de dotze països diferents que forma part del programa APHEIS, creat l'any 1999 amb finançament de la Unió Europea amb l'objectiu

Figura 1.1. Evolució de la població en atur en població de 16 anys o més. Barcelona, 1998-2002

Font: Enquesta de població activa. Instituto Nacional de Estadística.

de proporcionar als diferents agents socials, des dels polítics al públic en general, informació útil i entenedora sobre l'impacte de la contaminació atmosfèrica sobre la salut.

En aquest informe de salut es presenta la situació de l'any 2000, últim any per al qual es disposa simultàniament de dades de qualitat atmosfèrica, mortalitat i ingressos hospitalaris. L'indicador de qualitat ambiental utilitzat ha estat la concentració mitjana de fums negres (FN), mesurats en cinc estacions de fons. S'analitzen tres escenaris de reducció de la contaminació. Els dos primers, tots els dies amb nivells per sota dels 50 µg/m³ o dels 20 µg/m³ tenen en compte la Directiva del Consell 1999/30/EC, de 22 d'abril, que estableix uns límits per a les partícules per als anys 2005 i 2010, respectivament. El tercer escenari és la reducció de la mitjana en 5 µg/m³.

La qualitat atmosfèrica es relaciona amb diferents indicadors de salut associats amb la contaminació atmosfèrica: mortalitat total, i mortalitat i ingressos hospitalaris (ingressos no programats en hospitals de Barcelona ciutat) entre residents a Barcelona per causes cardiovasculars i respiratòries.

L'any 2000, les concentracions mitjanes d'FN a Barcelona van superar els 20 µg/m³ en 260 dies, i en 30 dies, els 50 µg/m³. Els beneficis potencials de reduir els nivells de FN a concentracions inferiors a 20 i 50 µg/m³ en termes de mortalitat total haurien estat de 5,54 per 100.000 habitants (IC95% = 3,69-8,33) i 0,57 per 100.000 habitants (IC95% = 0,38-0,85), respectivament. Les xifres corresponents en mortalitat cardiovascular són 1,28 per 100.000 habitants (IC95% = 0,64-2,24) i 0,13 per 100.000 habitants (IC95% = 0,06-0,23), i les de mortalitat respiratòria, 0,67 per 100.000 habitants (IC95% = 0-1,69) i 0,07 per 100.000 habitants (IC95% = 0-0,17). El descens dels nivells d'FN en 5 µg/m³ hauria fet baixar la mortalitat total cardiovascular en vuit persones, i en la respiratòria, en quatre (taula 1.5).

A la taula 1.6 es presenta la reducció potencial d'ingressos hospitalaris per malalties cardíques i respiratòries entre residents a Barcelona. Aconseguir nivells diaris sempre per sota de 20 µg/m³ s'hauria reflectit en un descens de catorze ingressos per malalties cardíques i cinc per malalties respiratòries. La reducció de cinc hauria suposat quaranta-un ingressos menys per malalties cardíques i setze per malalties respiratòries. La disminució a nivells diaris sempre per sota de cinquanta, pràcticament no hauria tingut impacte en els ingressos hospitalaris.

Les aigües de consum de proveïment públic (aigües tractades)

La qualitat de l'aigua no ha experimentat canvis significatius ni en origen ni en la xarxa de distribució. L'aigua d'origen Ter compleix els límits autoritzats per la legislació vigent (RD 1138/1990), mentre que a l'aigua d'origen Llobregat s'ultrapassen alguns dels paràmetres fisicoquímics directament relacionats amb la seva composició natural, com ara el sodi i el potassi, tot i la progressiva millora que ha experimentat. Cal dir, en aquest sentit, que en la relació B de l'annex 1 de la Directiva 98/83/CE, de 3 de novembre de 1998, relativa a la qualitat de les aigües destinades al consum humà, en la qual s'estableix la llista de productes químics i el seu valor paramètric, no hi figuren el sodi ni el potassi com a indicadors de la qualitat sanitària de les aigües de consum humà.

A més, la determinació de les concentracions de vint-i-un plaguicides investigats ha estat sempre menor de 0,1 µg/l per a cada producte individualitzat, i la suma de les concentracions dels sis hidrocarburs aromàtics policíclics de referència també han estat sempre menor de 0,2 µg/l.

Amb relació a la presència de subproductes de desinfecció a l'aigua, l'esmentada Directiva europea estableix que la concentració de trihalometans (THM) totals a l'aigua de consum no podrà sobrepassar el valor de 150 mg/l a partir de l'any 2003, i el de 100 mg/l a partir del 2008. A Barcelona, el valor mitjà de les concentracions de THM a l'aigua procedent del Llobregat continua superant el valor paramètric establert per a l'any 2008 de 100 mg/l, mentre que a les d'origen Ter i a l'aigua de les zones on hi ha barreja dels dos orígens, les concentracions es mantenen per sota d'aquest límit.

Taula 1.5. Beneficis potencials en termes de mortalitat de reduir els nivells diaris de fums negres tots els dies per sota de 20 µg/m³ o de 50 µg/m³ o en 5 µg/m³. Nombre per 100.000 habitants (intervalls de confiança del 95%) atribuïbles als efectes aguts dels fums negres. Barcelona, 2000

	Dies per sobre de 20 i de 50 µg/m³	Mortalitat total	Mortalitat cardiovasculars	Mortalitat respiratòria
20 µg/m³	260	5,54 (3,69-8,33)	1,28 (0,64-2,24)	0,67 (0-1,69)
50 µg/m³	30	0,57 (0,38-0,85)	0,13 (0,06-0,23)	0,07 (0-0,17)
En 5 µg/m³	NA*	33,91 (22,62-50,83)	7,86 (3,93-13,75)	4,10 (0-10,22)

NA* No aplicable

Font: Projecte APHEIS

Taula 1.6. Beneficis potencials en termes d'ingressos hospitalaris de reduir els nivells diaris de fums negres tots els dies per sota de 20 µg/m³ o de 50 µg/m³ o en 5 µg/m³. Nombre per 100.000 habitants (intervalls de confiança del 95%) atribuïbles als efectes aguts dels fums negres. Barcelona, 2000

	Dies per sobre de 20 i de 50 µg/m³	Malalties cardíques	Malalties respiratòries
20 µg/m³	260	14,42 (6,53-23,73)	5,15 (0,00-12,93)
50 µg/m³	30	1,49 (0,68-2,45)	0,52 (0,00-1,31)
En 5 µg/m³	NA*	41,29 (18,79-67,44)	16,25 (0-40,57)

Font: Projecte APHEIS

Les aigües de mar

La qualitat sanitària de l'aigua de les platges de Barcelona durant la temporada de bany del 2002 compleix els requeriments establerts a la normativa vigent sobre les normes de qualitat de les aigües de bany, tant pel que fa als paràmetres microbiològics com als fisicoquímics (RD 734/1988).

El soroll

Per avançar cap a una ciutat sense soroll, l'Ajuntament es basa, d'una banda, en una sèrie d'eines normatives i instrumentals bàsiques i, d'altra, en el desenvolupament d'un Programa marc d'actuació per a la minoració del soroll. Entre les primeres cal destacar el manteniment actualitzat del Mapa de soroll de la ciutat, la zonificació acústica i l'Ordenança general del medi ambient urbà, que dedica el seu títol III íntegrament a la contaminació acústica.

El Programa marc de minoració del soroll "Barcelona sense soroll" és un programa transversal de l'Ajuntament en el qual treballen conjuntament els diferents sectors i molt especialment els districtes. L'objectiu és impulsar la realització de més de cinquanta actuacions de naturalesa variada que van des de l'aplicació de paviment sonoreductor als carrers de la ciutat, fins a la promoció de subvencions per a l'aïllament acústic dels edificis, i les campanyes d'educació i sensibilització ambiental.

La seguretat i higiene dels aliments

L'any 2002, es van inspeccionar a l'escorxador 343.254 animals d'abastament, xifra que suposa 23.783 tones inspeccionades, amb la detecció de 122 exemplars no aptes per al consum.

Les encefalopaties espongiformes

Durant l'any 2002, la Unió Europea ha continuat reglamentant mesures de protecció front les encefalopaties espongiformes transmissibles. Entre d'altres accions, la llista de material específic de risc (MER) ha estat ampliada amb la incorporació del mesenter del bestiar boví de totes les edats. En compliment dels reglaments existents, aquest any s'ha procedit a la retirada del MER de 84.071 animals de l'espècie bovina, 246.624 de l'espècie ovina i 8.944 de l'espècie cabruna, i s'han inspeccionat 2.700 partides de carn amb 6.066.719 kg en sales d'especejament, magatzems frigorífics i establiments receptors de carn procedents d'Estat membres de la Unió Europea

i de tercers països, per tal de realitzar el control documental, físic i d'identitat a l'establiment de destinació prèviament a la seva comercialització. S'han recollit 589 mostres per a la investigació de l'encefalopatia espongiforme bovina (EEB), i en tots els casos el resultat ha estat negatiu.

Els residus de medicaments

Els residus de medicaments que poden estar presents en les carns de consum són objecte d'especial interès. Així doncs, durant l'any 2002 se n'han recollit 302 mostres. Dins de les actuacions per sospita, s'han fet 12 determinacions de β -agonistes corresponents a quatre partides de bestiar boví, amb resultat negatiu, i 38 investigacions de residus antimicrobians, corticoides i productes hormonals, 3 de les quals van resultar positives a productes hormonals, cosa que va motivar el decumís de les canals. Cal destacar, també, 69 mostres recollides, a petició del Departament d'Agricultura Ramaderia i Pesca, per investigar residus sobre partides de bestiar a les quals es feia un seguiment.

La higiene als establiments alimentaris

Durant l'any 2002, s'han efectuat 5.696 inspeccions a indústries alimentàries, que inclouen les visites de vigilància sanitària rutinària en les quals es revisa la situació higienicosanitària de l'establiment, les pràctiques de manipulació i els autocontrols, les visites realitzades amb motiu de la sol·licitud, revalidació i seguiment del Registre sanitari d'indústries (RSI), com també les motivades per programes específics com el de vigilància i control del grau d'infestació per nematodes de la família Anisakidae en peixos procedents de la costa catalana (identificats en un 9% de les 328 mostres estudiades), el programa de classificació d'establiments segons les seves condicions sanitàries, el programa de control de temperatures en carns fresques i carn d'aviar, i el programa de vigilància sanitària en cansaladeries. Així mateix, s'han efectuat 1.229 inspeccions a establiments minoristes, 1.338 a establiments de restauració col·lectiva, on destaca la prioritització donada als establiments de restauració social com són els centres docents, geriàtrics i hospitalaris, i 434 inspeccions per a l'expedició de certificats sanitaris d'exportació d'aliments.

Aquesta mateixa filosofia de vigilància sanitària s'aplica a les activitats alimentàries del mercat Central del Peix i del de Fruïtes i Hortalisses. Un altre aspecte que es té en compte és la vigilància de l'activitat alimentària a la via pública. Així doncs, durant l'any 2002, a partir d'intervencions de la Guàrdia Urbana, s'han fet 3.166 actuacions, la major part per venda d'aliments i begudes a la via pública, que han comportat el lliurament de la mercaderia al propietari un cop solucionat el problema que havia generat la intervenció, o la destrucció del producte per manca de garanties sanitàries.

Les alertes alimentàries

Les tasques protectores habituals han de respondre també a les alertes alimentàries notificades pel Sistema coordinat d'inter-

canvi ràpid d'informació (SCIRI), per comunicacions de Sanitat Exterior i per denúncies ciutadanes i d'altres administracions, com també a la investigació de brots de toxiinfecció alimentària (TIA). Durant l'any 2002, s'han gestionat 143 alertes i denúncies i s'ha participat en la investigació de 28 brots de TIA.

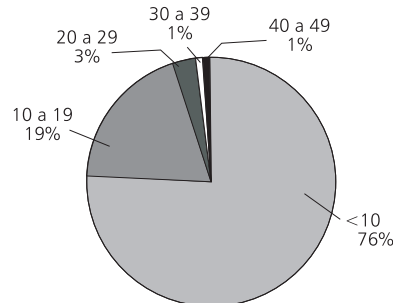
El programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments

Com a complement als controls instaurats en els processos elaboradors, mitjançant el Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), s'avalua la presència o nivells de determinats additius i contaminants químics i microbiològics en diversos aliments, tot valorant la situació actual i la seva evolució en el temps. Durant l'any 2002, s'han estudiat 819 mostres. En el 76% de les mostres no hi havia cap anomalia, un 19% tenia una càrrega microbiana excessiva, un 3% un excés d'additius, mentre que l'excés de components abiòtics representa un 2% de les mostres.

Del resultats obtinguts, cal remarcar els baixos nivells d'**aflatoxina M1** (metabòlit carcinogen produït pels fongs) detectats en les trenta-cinc mostres de llet analitzades. En aquest sentit, el 77,1% de les mostres tenen nivells inferiors al límit de quantificació de 10 ng/l, i en el 22,9% restant s'han detectat amb rangs de valors que van dels 11,3 als 32,7 ng/l, tots els quals se situen per sota del valor límit reglamentat de 50 ng/l d'aflatoxina M1.

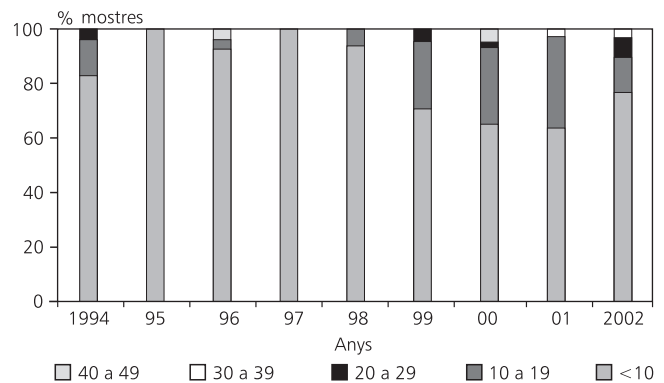
En el període 1994-2002, s'han analitzat 254 mostres de llet per a la determinació d'aflatoxina M1. Si agrupem els resultats obtinguts en intervals homogenis de 10 ng/l, des de menys de deu fins al límit legal de 50, veiem que el 75,9% de les mostres no presenten nivells quantificables; el 19,3% tenen valors d'entre 10 i 19 ng/l; el 2,7%, d'entre 20 i 29 ng/l; el 0,8%, d'entre 30 i 39 ng/l, i l'1,2%, d'entre 40 i 49 ng/l. Els resultats obtinguts –tots els quals estan per sota del límit de la UE de 50 ng/l– poden ser indicatius d'una bona aplicació de les regulacions en l'alimentació animal que limiten la quantitat de contaminació per aflatoxina en pinsos, si bé també posen de manifest la necessitat d'extremar els controls, ja que a baixos nivells encara es constata la presència d'aflatoxina M1, la qual cosa significa que l'aflatoxina B1 ha estat present en el farratge o en els pinsos amb què han estat alimentats als animals dels quals s'ha obtingut la llet analitzada (figures 1.2 i 1.3 i taula 1.7).

Figura 1.2. Distribució dels nivells d'aflatoxina M1 en la llet (ng/l). Barcelona, 1994-2002.



Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments. ASPB

Figura 1.3. Distribució dels nivells d'aflatoxina M1 en la llet (ng/l) segons anys. Barcelona, 1994-2002



Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments. ASPB

Taula 1.7. Nombre de mostres i percentatge en cada interval de valors d'aflatoxina M1 (ng/1). Barcelona, 1994-2002

Any	Intervals de valors d'aflatoxina M1 (ng/1)					TOTAL
	< 10	10-19	20-29	30-39	40-49	
1994	19 (82,6%)	3 (13,0%)	1 (4,3%)	0	0	23
1995	6 (100%)	0	0	0	0	6
1996	27 (93,1%)	1 (3,4%)	0	0	1 (3,4%)	29
1997	2 (100%)	0	0	0	0	2
1998	19 (95,0%)	1 (5,0%)	0	0	0	20
1999	32 (69,6%)	12 (26,1%)	2 (4,3%)	0	0	46
2000	35 (66,0%)	15 (28,3%)	1 (1,9%)	0	2 (3,8%)	53
2001	26 (65,0%)	13 (32,5%)	0	1 (2,5%)	0	40
2002	27 (77,1%)	4 (11,4%)	3 (8,6%)	1 (2,9%)	0	35
Total	193 (75,9%)	49 (19,3%)	7 (2,7%)	2 (0,8%)	3 (1,2%)	254

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments. ASPB.

Taula 1.8. Anàlisi de plaguicides i metabòlits en diferents aliments. Barcelona, 2002

Plaguicides	Anàlisi realitzades	Nre. de plaguicides i metabòlits investigats	Nre. de plaguicides metabòlits diferents trobat	Mostres sense residus detectables	Mostres amb residus f LMR	Mostres a m b residus > LMR
Fruïtes	49	85	10	31 (63,3%)	17 (34,7%)	1 (2,0%)
Hortalisses	49	85	5	45 (91,8%)	3 (6,2%)	1 (2,0%)
Llet sencera	34	85	0	34 (100%)	0	0
Mantega	29	85	0	29 (100%)	0	0
Olis	10	85	0	10 (100%)	0	0
Arròs	16	85	1	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0
Flocs de cereals	29	85	3	21 (72,4%)	8 (27,6%)	0
Farines	8	85	3	4 (50,0%)	4 (50,0%)	0
Sèmols	6	85	0	6 (100,0%)	0	0
Plats cuinats per a nens	20	85	0	20 (100,0%)	0	0
Farinetes a base de cereals	18	85	0	18 (100,0%)	0	0
Preparats per a lactants i de continuació	18	85	0	18 (100,0%)	0	0
Condiments i espècies	20	85	1	19 (95,0%)	1 (5,0%)	0
Te i infusions	19	85	3	17 (89,5%)	0	2 (10,5%)
Fruits secs	29	85	3	27 (93,1%)	0	2 (6,9%)

LMR: Límit màxim de residus admès.

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments. ASPB.

S'ha estudiat la possible presència de **PCBs semblants a dioxines** en 108 mostres d'aliments corresponents a productes de la pesca, llets, formatges, mantega i olis, i no s'ha detectat en cap de les determinacions efectuades. En el període 1998-2002, s'han efectuat 342 determinacions, totes les quals han tingut resultat negatiu.

Durant l'any 2002, s'han efectuat determinacions de 85 **plaguicides** en 354 mostres d'aliments, i se n'han detectat en 41 de les mostres (11,6%), i tots són plaguicides organofosforats. Els nivells de

plaguicides trobat són molt baixos, i sis de les mostres (1,6%) presenten valors lleugerament superiors al límit màxim de residu admès (LMR). El detall de resultats per grups d'aliments es presenta a la taula 1.8. Els resultats acumulats en el període 1998-2002, sobre un total de 1.026 mostres analitzades, han evidenciat la presència de plaguicides organofosforats en setanta mostres (6,8%), i d'organoclorats, en dotze (1,1%). Dels resultats d'aquest any, indicadors d'un alt grau de compliment de la normativa vigent, és important remarcar que no s'ha evidenciat la presència de plaguicides organoclorats, uns compostos que tenen una rellevància especial en termes de salut pública pel seu caràcter acumulatiu i els seus efectes sobre la salut (taula 1.8).

Els animals de companyia

El Ple del Consell Municipal del 26 d'abril va aprovar per unanimitat la mesura destinada a suprimir el sacrifici d'animals al Centre d'Acolliment d'Animals de Companyia (CAAC) a partir de l'1 de gener del 2003, llevat dels casos en què ho determini un dictamen veterinari. S'ha creat una oficina tècnica per agilitar els tràmits relacionats amb el cens, registre i atorgament de llicències municipals als propietaris de gossos potencialment perillosos i s'han dut a terme campanyes de tinença responsable.

Cal destacar que, amb l'objectiu de fomentar la tinença responsable i els valors positius vers els animals de companyia, l'ASP, conjuntament amb l'Institut Municipal d'Educació i el Consell Municipal de Convivència, Defensa i Protecció dels Animals, aquest any han dirigit col·legiadament la fase I del Projecte Integra 2002-2004, el qual impulsa accions formatives i de sensibilització dirigides a les escoles, als territoris, a les associacions, als ciutadans i ciutadanes i, especialment als infants, els joves i la gent gran, perquè l'educació és la clau per aconseguir canvis actitudinals en les persones.

L'aposta de l'equip de govern per garantir la defensa i el benestar dels animals de companyia ha donat lloc a l'ampliació dels serveis municipals en aquest camp, tot millorant el programa d'atenció als animals amb la incorporació dels serveis d'una ambulància veterinària per atendre els animals ferits a la via pública les vint-i-quatre hores del dia els 365 dies de l'any.

La higienització d'espais públics

Mitjançant l'aplicació d'un pla de treball preestablert que subdivideix la ciutat en 175 zones d'actuació, es duen a terme actuacions sistemàtiques de desratització, desinfecció i desinsectació (DDD), alhora que s'atenen les denúncies ciutadanes i les exacerbacions que solen produir-se en diverses zones de la ciutat, sobretot quan s'hi produeixen obres que impliquen la mobilització del subsòl.

El nombre d'inspeccions, prèvies als tractaments de DDD, ha estat de 1.142, de les quals corresponen: 15 a desinfeccions, 119 a desinsectacions i 1.008 a desratitzacions. S'han desratitzat 1.333 quilòmetres de clavegueram i 4 hectàrees de superfície. Com a actuació especial, cal destacar els treballs de desratització, desinfecció i desinsectació portats a

terme als terrenys destinats a la "Feria de abril 2002", on s'ha tractat una superfície total de 125.000 m².

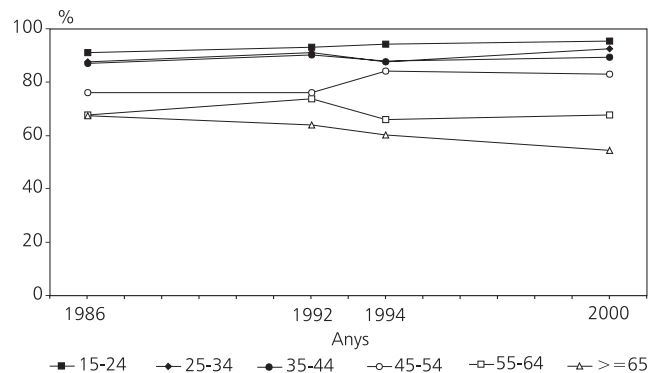
Pel que fa als tractaments de desinsectació, s'han tractat 12,8 quilòmetres de clavegueram i 0,8 hectàrees de via pública. Aquesta activitat sempre ha estat motivada per denúncies puntuals i com a tractament resolutiu de situacions específiques.

1.2. La salut percebuda

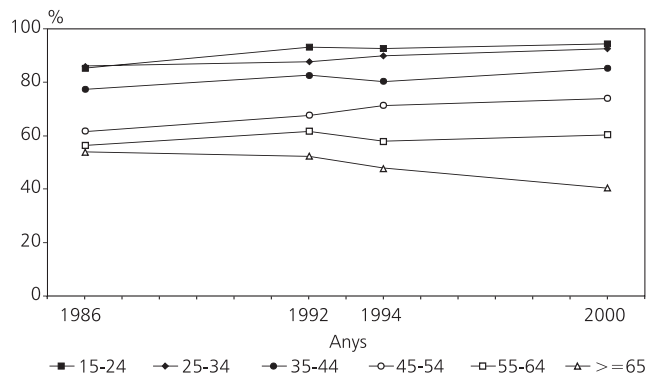
Fins ara, l'Institut Municipal de Salut Pública ha fet quatre enquestes de salut a la població de Barcelona (anys 1983, 1986, 1992 i 2000), a les quals cal afegir l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) que va fer l'any 1994 el Servei Català de la Salut i que també aportà dades de la ciutat.

Figura 1.4. Evolució del bon estat de salut percebut segons edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona, 1986-2000

Homes



Dones



Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, ASPB. Enquesta de salut de Catalunya de 1994, Servei Català de la Salut.

Les enquestes de salut per entrevista són l'ístrument triat per obtenir informació de la població referent a fenòmens subjectius relacionats amb la salut i la morbiditat percebuda, les conductes relacionades amb la salut, la salut mental, la utilització de serveis sanitaris o la realització de pràctiques preventives. En aquest apartat es presenta l'evolució d'alguns dels aspectes mesurats en les enquestes.

Vuit de cada deu homes i set de cada deu dones més grans de catorze anys declaren el seu estat de salut com molt bo o bo, percentatges que han estat força estables al llarg dels anys (figura 1.4). En augmentar l'edat i en les classes socials menys privilegiades (figura 1.5), disminueix el bon estat de salut percebut.

A les enquestes de salut es pregunta a les persones si tenen les malalties que figuren en una llista de trastorns crònics, que ha anat variant en les diferents enquestes. Si s'analitza l'evolució de la prevalença de tenir com a mínim un trastorn crònic, s'observa que ha presentat fluctuacions al llarg dels anys i que ha augmentat lleugerament l'any 2000; però el fet que la llista no sempre hagi estat la mateixa pot explicar part d'aquest fet (figura 1.6 i taula 1.9).

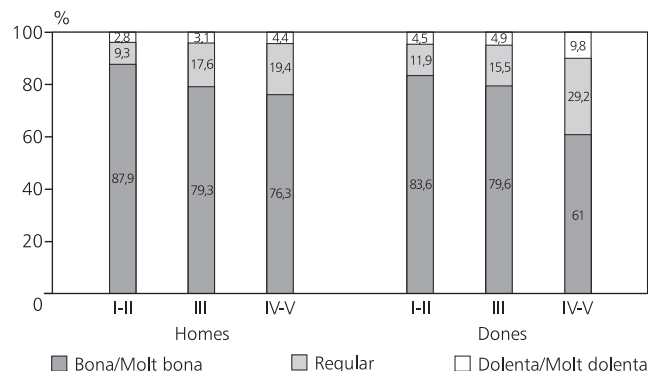
A la taula 1.9 també hi figura l'evolució de la limitació aguda de l'activitat (els quinze dies anteriors a l'entrevista), i s'observa un augment al llarg dels anys, sobretot el 2000.

1.3. Les conductes relacionades amb la salut

L'any 2000, un 34,7% de la població més gran de catorze anys es declara sedentària durant el temps lliure, percentatge que és lleugerament més alt en les dones en tots els grups d'edat (de prop del 50%) que en els homes. Un 15,5% de la població és molt activa.

Respecte a l'activitat física realitzada habitualment en l'activitat laboral o domèstica, un 36,2% de la població es declara inactiva, percentatges que són més elevats en les dones joves i en les més grans de seixanta-quatre anys. Els homes joves fan més activitat física intensa (15%) que els homes grans i les dones. Aquests percentatges s'han mantingut estables al llarg dels anys (taula 1.9).

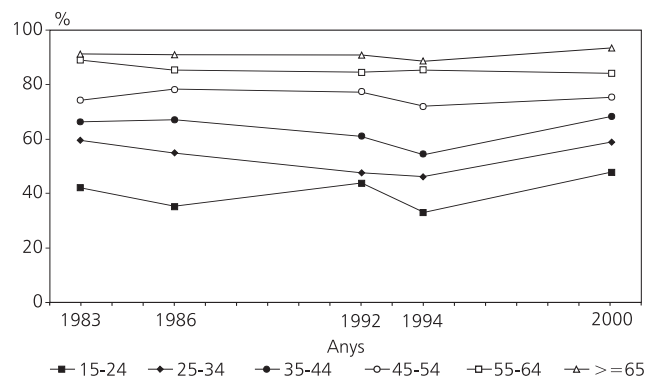
Figura 1.5. Estat de salut percebut segons classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Barcelona 2000



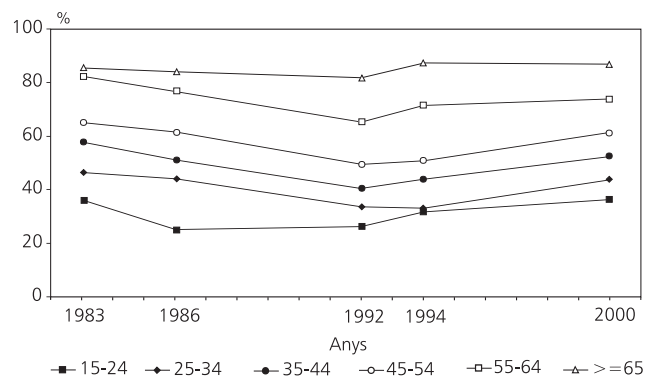
Font: Enquestes de salut de Barcelona, 2000.

Figura 1.6. Evolució de tenir com a mínim un trastorn crònic segons edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona, 1986-2000

Homes



Dones



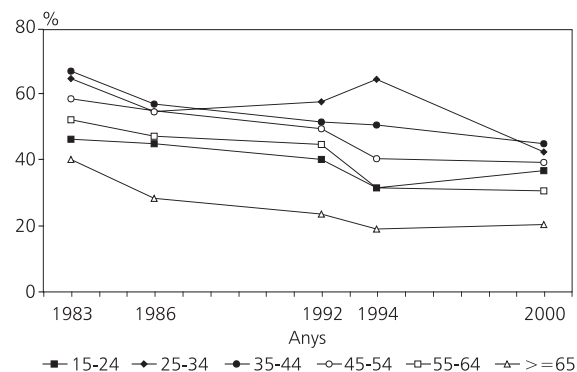
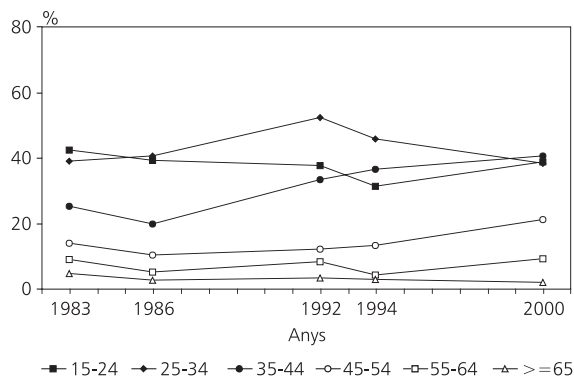
Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, ASPB. Enquesta de salut de Catalunya del 1994, Servei Català de la Salut

Taula 1.9. Evolució de l'estat de salut, l'activitat física i l'existència d'excés de pes. Persones més grans de 14 anys. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 1983-2000

HOMES	1983	1986	1992	1994	2000
Estat de salut percebut					
Molt bo, bo		79,87	82,09	81,05	81,8
Regular		17,36	14,77	15,78	15,0
Dolent, molt dolent		2,17	2,90	3,17	3,1
Trastorns crònics	60,94	64,67	48,27	51,75	57,9
Limitació aguda de l'activitat		6,05	10,44	9,83	11,8
Activitat física habitual					
Intensa		9,46	10,44	8,30	11,1
Moderada		33,70	43,48	35,70	36,0
Lleugera		16,81	13,63	12,79	15,9
Inactiu		36,18	32,08	41,95	37,0
Existència d'excés de pes		13,3	18,6		27,3
DONES					
Estat de salut percebut					
Molt bo, bo		69,36	73,06	72,07	73,2
Regular		26,05	22,53	22,60	20,4
Dolent, molt dolent		4,21	4,23	5,33	6,3
Trastorns crònics	70,79	74,65	68,12	64,01	71,9
Limitació aguda de l'activitat		8,37	12,71	13,56	15,2
Activitat física habitual					
Intensa		3,98	4,59	3,60	4,6
Moderada		41,36	53,41	41,51	39,4
Lleugera		24,54	18,74	20,49	20,2
Inactiva		27,50	22,93	33,81	35,8
Existència d'excés de pes		27,5	31,8		33,6

Font: Enquestes de salut de Barcelona 1983, 1986, 1992 i 2000 de l'ASPB i Enquesta de salut de Catalunya del 1994 del Servei Català de la Salut.

L'any 2000, un 35,3% dels homes i un 23% de les dones es declaren consumidors habituals de tabac. Respecte a les tendències, en general el consum disminueix en els homes i augmenta en les dones. Cal assenyalar que la pregunta de l'ES-CA del 1994 referent al consum de tabac era una mica diferent, fet que podria explicar els resultats d'aquell any (figura 1.7 i taula 1.10).

Figura 1.7. Evolució del consum de tabac segons edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona, 1986-2000**Homes****Dones**

Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, ASPB. Enquesta de salut de Catalunya del 1994, Servei Català de la Salut.

Taula 1.10. Evolució de l'hàbit tabàquic. Barcelona, 1983-2000

HOMES	1983	1986	1987	1992	1994	1996	2000
Nois 2n d'ESO							
Alguna vegada			44,8	44,8	42,3	39,9	
L'últim mes			31,2	26,7	17,1	15,2	
Habitualment			12,6	10,7	10,4	10,4	
Diàriament			3,3	6,2	4,6	2,9	
Adults > 14 anys²							
15-24	46	44,7		39,9	31,4		36,7
25-34	64,4	54,5		57,5	64,2		42,2
35-44	66,7	56,7		51,3	50,4		44,8
45-54	58,4	54,6		49,3	40,2		39
55-64	52	47,1		44,5	31,4		30,4
≥ 65	40,1	28,3		23,6	18,9		20,4
Total homes > 14 anys							
% estandarditzat de fumadors	54,4	47,52		44,35	39,67		36,0
% estandarditzat d'ex-fumadors	20,82	20,63		21,10	24,40		27,3
DONES							
Noies 2n d'ESO							
Alguna vegada			41,9	42,6	44,7	37,3	
L'últim mes			31,3	26,2	17,8	15,7	
Habitualment			12,6	10,4	8,5	9	
Diàriament			4,6	4	3,7	4	
Adultes > 14 anys							
15-24	42,4	39,4		37,8	31,3		38,9
25-34	39,2	40,6		52,5	45,9		38,5
35-44	25,4	19,9		33,4	36,6		40,6
45-54	14,1	10,3		12,1	13,3		21,3
55-64	9	5,3		8,4	4,2		9,2
≥ 65	4,7	2,8		3,4	3		2
Total dones > 14 anys							
% estandarditzat de fumadores	21,44	19		23,51	21,28		24,1
% estandarditzat d'ex-fumadores	6,06	4,76		6,01	8,83		13,3

Font: Enquesta FRESC. ASPB, Enquestes de Salut de Barcelona 1983, 1986, 1992 i 2000 de l'ASPB i Enquesta de Salut de Catalunya 1994 del Servei Català de la Salut.

1.4. Problemes de salut específics

1.4.1. La tuberculosi

Des del 1994, la tuberculosi ha disminuït de manera important. L'any 2002, la incidència ha disminuït en els homes i s'ha mantingut en les dones, a causa de l'augment de la tuberculosi en les no-usuàries de drogues intravenoses (taula 1.11 i figura 1.8).

Els factors que han estat decisius en la disminució de la incidència de la malaltia des del 1994 han estat l'adopció d'estratègies que faciliten el diagnòstic precoç dels casos (per exemple, l'estudi de contactes) i que incrementen les taxes de compli-

ment del tractament, com són, principalment: 1) la realització de tractaments antituberculosos supervisats, que es duen a terme en centres de toxicomanies, presons i altres centres específics; 2) la inclusió prioritària dels tuberculosos usuaris de drogues intravenoses en programes de manteniment amb metadona, que facilita el control supervisat i augmenta la probabilitat d'acompliment i finalització del tractament; 3) programes específics per a població indigent que faciliten el compliment i l'estudi de contactes; i, evidentment, no s'ha d'oblidar la importància de 4) mantenir un sistema de vigilància activa de la malaltia.

De tota manera, cal assenyalar que en els darrers anys s'observa un creixement en el nombre de casos de tuberculosi en immigrants procedents de països en vies de desenvolupament. Aquest fet ha comportat que el declivi anual de la incidència d'aquesta malaltia s'hagi atenuat i que aquestes poblacions aportin ja més del 30% dels casos els anys 2001-2002.

Taula 1.11. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues. Taxes per 100.000 hab. estandarditzades per edat. Homes i dones. Barcelona, 1993-2002

HOMES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tuberculosi										
TBC no-UDI*	74,92	66,51	68,63	62,70	52,91	48,94	43,59	46,30	46,66	39,24
TBC UDI (15-49 anys)	38,82	53,62	40,43	32,35	26,55	18,80	11,98	10,35	10,62	9,46
TBC total	95,11	94,30	89,65	79,72	66,95	58,72	50,03	51,74	52,25	44,48
Sida										
Sida heterossexuals (≥ 15 anys)	6,22	7,82	9,19	8,65	10,29	7,45	4,40	3,83	3,47	2,05
Sida homossexuals (≥ 15 anys)	20,54	27,14	28,19	16,15	12,24	7,38	7,00	5,82	6,54	5,36
Sida UDI (15-49 anys)	52,74	86,06	72,49	58,90	36,33	23,69	15,33	14,20	14,65	11,30
Sida total	53,73	77,01	71,90	53,19	40,48	26,78	19,87	17,65	16,63	12,78
Usuaris de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)										
Heroïna	396,39**	187,93	184,29	235,04	221,88	152,22	102,32	151,27	101,80	97,99
Cocaïna	39,29**	47,49	55,58	62,49	95,55	107,75	112,14	196,98	168,04	136,01
Tots	511,64**	313,52	371,68	404,54	438,42	347,84	293,35	472,64	380,87	330,28
DONES										
Tuberculosi										
TBC no-UDI	31,67	32,08	28,17	28,99	28,36	28,12	21,60	23,67	18,37	19,58
TBC UDI (15-49 anys)	8,48	8,07	8,17	9,09	4,28	6,15	3,09	4,28	3,75	1,99
TBC total	35,62	35,83	31,97	33,22	30,36	30,98	23,04	25,66	20,12	20,50
Sida										
Sida heterossexuals (≥ 15 anys)	5,14	7,34	5,93	6,84	4,29	2,76	2,54	1,62	2,00	1,66
Sida UDI (15-49 anys)	13,70	21,10	19,56	18,18	12,41	6,24	5,09	5,84	5,30	3,49
Sida total	11,40	16,72	14,74	15,30	10,82	6,23	5,12	4,54	4,25	3,23
Usuaris de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)										
Heroïna	107,30**	56,75	56,45	68,18	63,61	41,42	28,27	41,22	29,14	18,98
Cocaïna	11,97**	14,99	14,19	18,98	28,95	34,13	32,36	66,22	53,94	42,72
Tots	139,12**	93,22	104,17	127,26	130,73	104,42	81,15	145,38	126,48	98,52

* UDI: usuari de drogues intravenoses. ** L'any 1993 és el segon any del Sistema d'informació, i encara es van detectar casos prevalents.

Població de referència per a l'estandardització: la població de Barcelona segons el Padró del 1996.

Font: Registres de tuberculosi i de sida, ASPB i Sistema d'informació de drogues de Barcelona, ASPB.

1.4.2. La sida

L'any 1994 va ser el punt màxim d'incidència de la sida a Barcelona, tant per la tendència incremental que fins llavors va tenir la malaltia, com pel fet que aquell any hi va haver un canvi de definició de la malaltia en què la modificació principal va ser la inclusió de la tuberculosi pulmonar com a malaltia diagnòstica de sida (taula 1.11). Si analitzem les taxes d'incidència segons la via de transmissió, en el cas de la transmissió homosexual l'any de màxima incidència va ser el 1995. La incidència de sida tant en usuaris de drogues intravenoses (UDI) com en homosexuals presenta una tendència clara a la disminució en la segona meitat dels anys noranta i començament del 2000; en canvi, no va ser així pel que fa a la sida per transmissió heterosexual, que no va co-

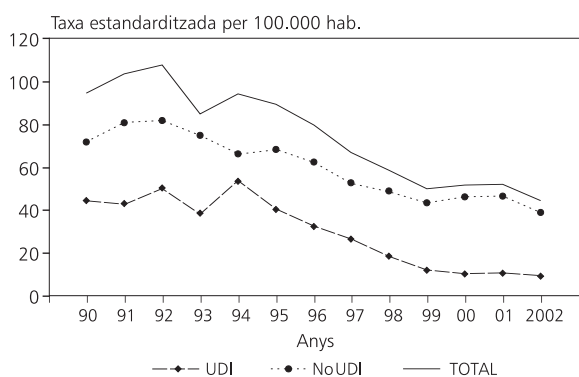
mençar a davallar fins el 1998 en el cas dels homes, i fins el 1997 en el cas de les dones. L'any 2002, la incidència ha continuat disminuint en tots els grups de transmissió (figura 1.9).

El determinant principal del canvi de tendència en la incidència de la malaltia i en la supervivència, ha estat la introducció de les noves teràpies antiretrovirals, de prescripció en pacients infectats pel VIH, com també les intervencions de prevenció de la transmissió.

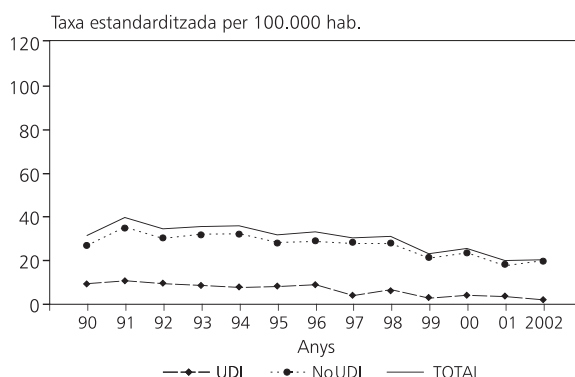
A la figura 1.10 s'observa que la tendència de mortalitat per sida canvia segons nivell d'estudis i barri de residència de les persones, i que han pujat més les taxes en les persones amb menys nivell d'estudis que viuen a barris de baix nivell socioeconòmic.

Figura 1.8. Evolució de la incidència de la tuberculosi segons col·lectiu de risc. Homes i dones. Barcelona, 1990-2002

Homes



Dones

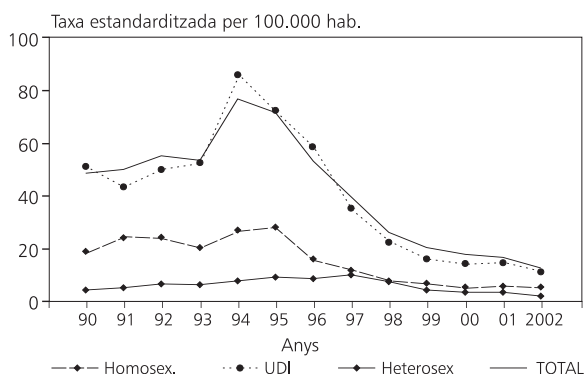


Nota: la incidència en UDI és en població d'entre 15 i 49 anys; en no-UDI i en el total de població és en totes les edats.

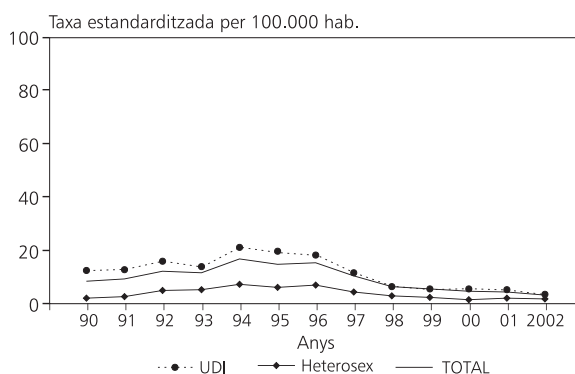
Font: Registre de tuberculosi, ASPB.

Figura 1.9. Evolució de la incidència de sida segons col·lectiu de risc. Homes i dones. Barcelona, 1990-2002

Homes



Dones



Nota: La incidència en UDI és en població d'entre 15 i 49 anys, heterosexuals en població més gran de 15 anys, i la sida total és en el total de població.

Font: Registre de sida, ASPB.

1.4.3. L'ús de drogues no institucionalitzades

El nombre d'usuaris de drogues no institucionalitzades en la dècada dels noranta i començament del 2000 es va incrementar lleugerament del 1994 al 1997, per disminuir posteriorment els anys 1998 i 1999 i tornar a augmentar l'any 2000. Cal valorar amb precaució tant la davallada brusca de l'any 1999 com l'increment de l'any 2000, ja que en gran part és degut a un retard de recollida de les dades, la qual cosa provoca que casos del 1999 constin com a casos del 2000. Els anys 2001 i 2002 les taxes tornen a disminuir.

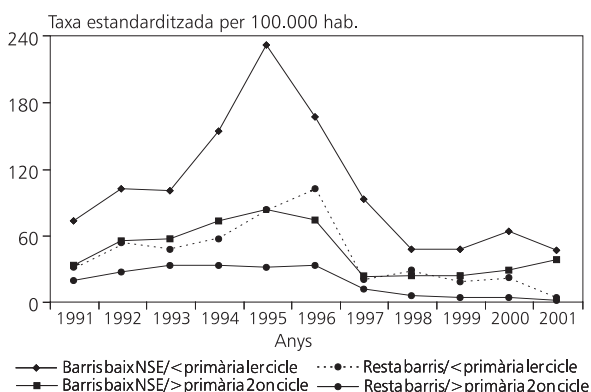
Un fet destacable és que, així com a mitjan anys noranta la majoria d'usuaris detectats eren usuaris d'opiacis, des

de l'any 1999 és superior la taxa de detecció d'usuaris de cocaïna, fet més remarcable l'any 2001 (taula 1.11 i figura 1.11).

Si ens fixem en l'evolució de les urgències per drogues no institucionalitzades, observem que les urgències per èxtasi, GHB (èxtasi líquid), amfetamines i al·lucinògens han representat al llarg dels anys des d'un 2% l'any 1992 a un 10% al 2001 (486 urgències), i és aquest darrer any, juntament amb el 1996 (269 urgències), l'any amb més proporció d'urgències per incidència d'aquestes substàncies. L'any 2002, hi ha un manteniment de les urgències per aquest tipus de drogues (figura 1.12).

Figura 1.10. Evolució de la mortalitat per sida segons nivell d'estudis i barri de residència. Barcelona, 1991-2001

Homes



NSE: nivell socioeconòmic

Font: Registre de mortalitat i registre de sida. ASPB.

Dones

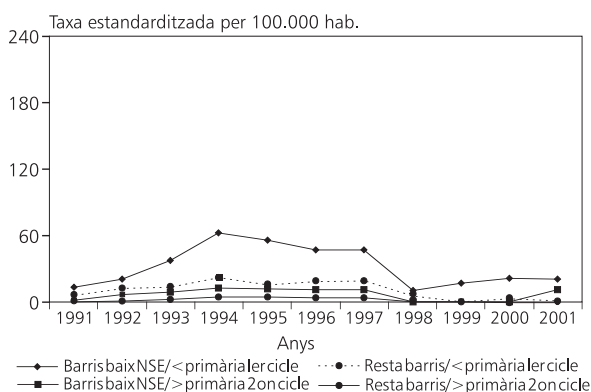
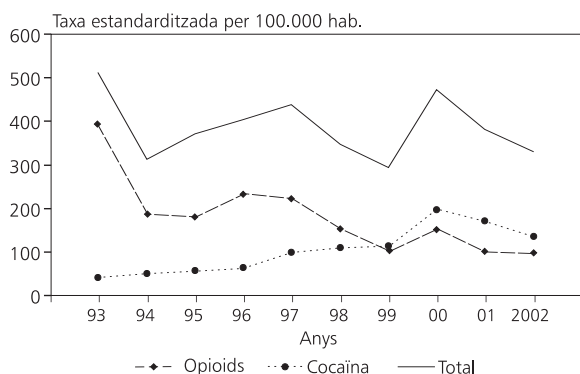


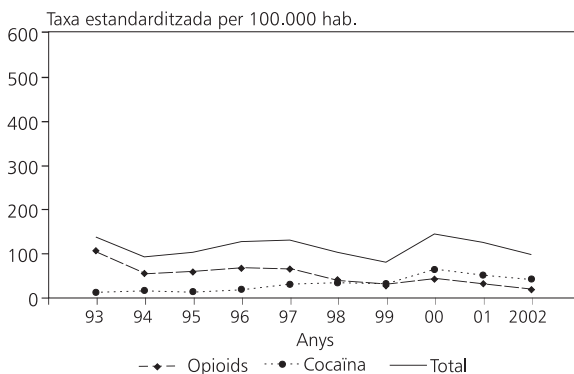
Figura 1.11. Evolució de la taxa d'usuaris nous de drogues no institucionalitzades detectades pel SIDB. Homes i dones. Barcelona, 1993-2002

Homes



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, ASPB.

Dones



Pel que fa al consum en els joves, en l'enquesta ESFA/FRESC sobre els comportaments de risc en adolescents escolaritzats, realitzada el curs 2001-2002, s'observa una estabilització dels indicadors de consum de cànnabis en relació amb l'enquesta realitzada el curs 1995-1996. Així doncs, un 32,8% dels nois i un 32,4% de les noies de quart curs d'ESO (15-16 anys) declaren haver provat el cànnabis. Aquestes dades suposen per primera vegada una situació similar en els dos sexes, mentre que en l'enquesta anterior les freqüències de consum eren més elevades en els nois (un 34,6% enfront d'un 30,5%).

1.4.4. Els accidents de trànsit

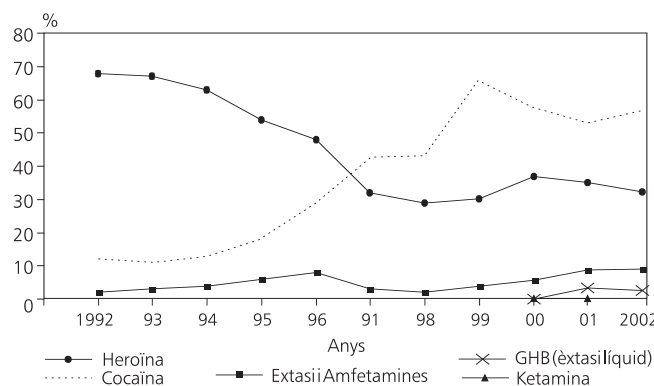
L'any 2002, es van atendre 16.377 episodis de lesionats per accidents de trànsit als principals serveis d'urgències hospitalàries de Barcelona, dels quals sabem que el 55% eren residents a la ciutat de Barcelona (n = 9.007). A continuació es descriuen les principals característiques dels residents a Barcelona.

S'observa una disminució del 7,8% en el nombre d'urgències hospitalàries per accidents de trànsit respecte a l'any 2001, i una disminució del 12,9% respecte al 1999, any en què es va atendre el nombre més elevat d'urgències per accident de trànsit, i a partir de llavors s'inverteix la tendència creixent dels anys anteriors.

Prop de la meitat dels lesionats circulaven amb vehicles de dues rodes (el 29,4% amb motocicletes i el 14,9% amb ciclomotors), gairebé un terç en turismes (un 32%), i el 3,2% en altres vehicles com ara autobús, camió o bicicleta. Un 20,5% van ser vianants atropellats.

En els grups d'edat més joves (de menys de 15 anys) i en el grup de persones grans (de més de 64 anys), la major part de lesionats van ser vianants atropellats (el 58 i el 64,6%, respectivament), seguits dels usuaris de turismes (el 33,3 i el 21,7%, respectivament). En canvi, en el grup d'edat de quinze a quaranta-quatre anys la majoria van ser usuaris de vehicles de dues rodes (el 56,8%), seguit dels usuaris de turismes (el 31,2%). En el grup de quaranta-cinc a seixanta-quatre anys, la major part de lesionats van ser usuaris de turismes (el 43,9%), seguits dels vianants atropellats (el 30,4%).

Figura 1.12. Percentatge de drogues mencionades en les urgències realitzades pels consumidors de drogues. Barcelona, 1992-2002



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, ASPB.

El 59,4% del total de lesionats residents a Barcelona eren homes. La distribució del vehicle en què viatjaven era diferent en els homes i les dones. En els homes hi va haver una proporció més alta de lesionats per motocicletes i ciclomotors (el 35,6% i el 16,4%, respectivament, enfront del 20,9% i el 12,7% en les dones). En les dones, en canvi, va ser més freqüent que haguessin estat lesionades viatjant en un turisme (el 35,9%) o atropellades (el 29,9%) (enfront del 29,1% i el 16,6%, respectivament, en els homes).

A les taules 1.12 i 1.13 es presenten les proporcions de residents a Barcelona lesionats per accident de trànsit atesos als serveis d'urgències del 1997 al 2002, segons grups d'edat i tipus de vehicle per a homes i dones.

1.4.5. Els accidents laborals

Durant el període 1994-2002, a la ciutat de Barcelona s'han notificat 4.594 accidents greus i 485 de mortals ocorreguts a la ciutat. L'evolució i la distribució dels accidents segons edat, sexe i activitat econòmica varia en gran manera en funció del risc atribuïble a les condicions de treball, baix en els accidents in itinere (en el trajecte entre el domicili particular i el laboral) i més alt en els produïts durant la jornada laboral. Entre aquests, és raonable assumir un risc atribuïble al treball relativament baix en els accidents de causa natural, més alt en els de trànsit, i el més elevat a la resta d'accidents traumàtics produïts durant la jornada laboral.

A la taula 1.14 es presenta l'evolució dels accidents greus durant el període 1994-2002. Des del 1994, el nombre absolut d'accidents greus a Barcelona va ser creixent fins a l'any 1999; a partir del 2000, sembla haver-se iniciat un descens, que, tot i

Taula 1.12. Morbiditat per accidents de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris, segons edat i tipus d'usuari (en percentatge). Homes, Barcelona, 1997-2002

Total ¹	1997	1998	1999	2000	2001	2002
HOMES	n ¹ = 5.369	n ¹ = 5.714	n ¹ = 6.385	n ¹ = 6.246	n ¹ = 6.005	n ¹ = 5357
Grup d'edat 0-14 anys						
Usuaris de turismes	27,0	33,1	27,7	26,7	33	26,3
Usuaris de motocicletes	4,1	4,5	4,5	1,9	2,8	3,3
Usuaris de ciclomotors	3,3	2,3	10,7	7,6	1,7	2
Vianants	63,1	59,4	57,1	62,9	61	65,8
Altres ²	2,5	0,8	0	1,0	1,1	2,6
Total	168	186	173	172	206	174
Grup d'edat 15-44 anys						
Usuaris de turismes	27,1	25,4	24,5	27,1	30,2	27,9
Usuaris de motocicletes	41,1	32,3	29,7	24,4	34,4	41,7
Usuaris de ciclomotors	20,8	30,8	35,8	37,2	24,9	20,9
Vianants	10	10,2	8,7	10,8	9,6	8,1
Altres	1	1,4	1,3	0,6	0,9	1,4
Total	4.237	4.591	5.215	5.136	4.809	4236
Grup d'edat 45-64 anys						
Usuaris de turismes	39,2	44,1	42,4	43	45,5	43,7
Usuaris de motocicletes	22,4	16,6	15,5	13,6	19,5	28,1
Usuaris de ciclomotors	7,1	6,1	8	8	5,5	3,1
Vianants	29	31	32,1	32,6	27,3	21,4
Altres	2,3	2,1	2	2,7	2,3	3,6
Total	662	629	664	661	682	641
Grup d'edat ≥ 65 anys						
Usuaris de turismes	14,5	22,3	20	18,4	27,2	20,1
Usuaris de motocicletes	2,4	2	2,7	3,4	2,8	4,7
Usuaris de ciclomotors	2,4	1	1,3	0	0,5	0,9
Vianants	74,4	66,3	64	70,7	60,6	65,9
Altres	6,3	8,4	12	7,5	8,9	8,4
Total	302	305	327	261	289	298

1. El nombre total de lesionats anual no coincideix amb el total publicat en anys anteriors pel fet que aquest any s'hi han inclòs només els lesionats residents a la ciutat de Barcelona.

2. Altres: inclou autobús, camió i bicicleta.

Font: Sistema d'informació DUHAT (Dades d'urgències hospitalàries per accident de trànsit), ASPB. Els percentatges de tipus d'usuari estan fets sobre el total de casos on consta aquesta informació (50%).

l'augment en 24 accidents l'any 2001, ha prosseguit el 2002 amb la disminució en 63 accidents respecte a l'any anterior. El sector serveis va ser on es va acumular un nombre més alt d'accidents greus (327); construcció (74) i indústria (62) van presentar percentatges similars. La distribució del tipus d'accident s'ha mantingut estable al llarg d'aquest període, i destaca l'any 2002, com els darrers anys, per la gran proporció d'accidents in itinere, que constitueixen prop d'un terç d'aquests accidents.

El nombre d'accidents mortals durant el mateix període (taula 1.15) ha estat d'entre 44 i 60 morts per any. L'any 2002 en van ser 53, dos menys que l'any anterior. Destaquen els 38 acci-

dents que es van produir en el sector serveis; a la construcció se'n van produir 10, el doble que a la indústria. Cal remarcar la baixa contribució dels accidents traumàtics en jornada laboral (8 accidents) i l'augment relatiu dels accidents de trànsit. De manera similar als greus, els accidents in itinere van suposar prop d'un terç dels mortals, i es van mantenir en tot el període com els més freqüents d'aquest grup.

Taula 1.13. Morbiditat per accidents de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris, segons edat i tipus d'usuari (en percentatge). Dones, Barcelona, 1997-2002

Total ¹	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dones	n ¹ = 3.363	n ¹ = 3.607	n ¹ = 3.959	n ¹ = 3.914	n ¹ = 3.764	n ¹ = 3.650
Grup d'edat 0-14 anys						
Usuàries de turismes	38,7	57,1	34,3	55,1	39,6	42,9
Usuàries de motocicletes	2,7	5,1	1	0	3,6	6,3
Usuàries de ciclomotors	0,9	0	4,9	4,5	2,7	1,8
Vianants	53,2	36,7	53,9	39,3	53,2	47,3
Altres ²	4,5	1,3	5,9	1,1	0,9	1,8
Total	145	112	151	139	123	130
Grup d'edat 15-44 anys						
Usuàries de turismes	37,4	34,3	31,3	34,9	38,8	36,2
Usuàries de motocicletes	27,9	21,1	20,3	13,6	26,6	29,5
Usuàries de ciclomotors	16,8	25,2	33,5	33,8	19,4	18,3
Vianants	16,2	17,2	13,7	16,8	14,2	13,9
Altres	1,8	1,7	1,3	0,9	1,1	2,1
Total	2.200	2.450	2.780	2.774	2.617	2520
Grup d'edat 45-64 anys						
Usuàries de turismes	44,2	42,7	39,5	37,2	43,9	44,2
Usuàries de motocicletes	3,7	2,9	5,6	2,7	4,9	4,6
Usuàries de ciclomotors	1,2	0,6	2,9	3,4	2,1	2,5
Vianants	42,1	44,2	41,8	50	39,9	40,2
Altres	8,7	9,6	10,2	6,8	9,1	8,6
Total	542	585	586	530	560	559
Grup d'edat ≥ 65 anys						
Usuàries de turismes	15,5	17,2	17,8	12,6	21,7	22,8
Usuàries de motocicletes	0,3	0,6	0,9	0,3	0,3	0
Usuàries de ciclomotors	0	0	0	0	0	0
Vianants	63,9	67,9	67,6	75,7	63,2	63,7
Altres	20,3	14,3	13,7	11,3	14,9	13,5
Total	475	457	439	440	454	443

1. El nombre total de lesionats anual no coincideix amb el total publicat en anys anteriors degut pel fet que aquest any s'hi han inclòs només els lesionats residents a la ciutat de Barcelona.

2. Altres: inclou autobús, camió i bicicleta.

Font: Sistema d'informació DUHAT (Dades d'urgències hospitalàries per accident de trànsit), ASPB. Els percentatges de tipus d'usuària estan fets sobre el total de casos on consta aquesta informació (50%).

Taula 1.14. Evolució dels tipus d'accidents laborals greus ocorreguts a la ciutat. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 1994-2002

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<i>In itinere</i>	28,1	29,1	27,9	26,0	31,0	33,7	35,3	30,2	30,2
En jornada laboral									
• Per causa natural	5,3	5,2	3,1	3,4	2,4	4,0	4,6	5,7	5,8
• De trànsit	10,4	12,4	11,9	12,4	19,5	13,9	13,7	12,5	12,1
• Resta de traumàtics	56,2	53,3	57,1	58,2	47,1	47,6	46,4	51,5	51,8
Total	434	484	487	524	550	624	502	526	463

Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

Taula 1.15. Evolució dels tipus d'accidents laborals mortals ocorreguts a la ciutat. Percentatge i nombre total de casos. Barcelona, 1994-2002

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<i>In itinere</i>	41,4	33,3	27,3	32,1	30,0	29,6	39,2	34,5	35,8
En jornada laboral:									
• Per causa natural	15,5	20,4	18,2	30,4	26,7	25,9	29,4	29,1	26,4
• De trànsit	19,0	24,1	27,3	17,9	21,7	20,4	7,8	12,7	22,6
• Resta de traumàtics	24,1	22,2	27,3	19,6	21,7	24,1	23,5	23,6	15,1
Total	58	54	44	56	60	54	51	55	53

Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

1.5. La mortalitat

Tal com s'observa a la taula 1.16 i a la figura 1.13, la taxa de mortalitat estandarditzada per edats ha disminuït globalment, tot i que la taxa bruta ha augmentat lleugerament a causa de l'envelliment de la població.

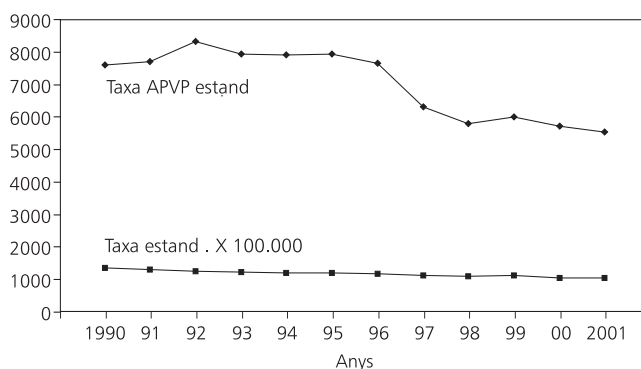
La taxa d'anys potencials de vida perduts (APVP) va augmentar en els homes fins a l'any 1992 i posteriorment va disminuir, i el decrement més pronunciat es va produir des del 1996 (figura 1.13 i taula 1.16). En les dones també disminueix a partir del 1996, tot i que l'any 2001 augmenta una mica. Aquests canvis estan molt influïts per l'evolució de la mortalitat a causa de la sida, que disminueix de manera important des del 1996 i sobretot el 1997, a causa de la introducció dels tractaments.

Cal assenyalar que l'esperança de vida en néixer ha passat de 72,7 anys en els homes l'any 1990 a 76,2 l'any 2001 (augment de 3,5 anys). En les dones també ha augmentat: de 80,2 a 83,0 (augment de 2,8 anys).

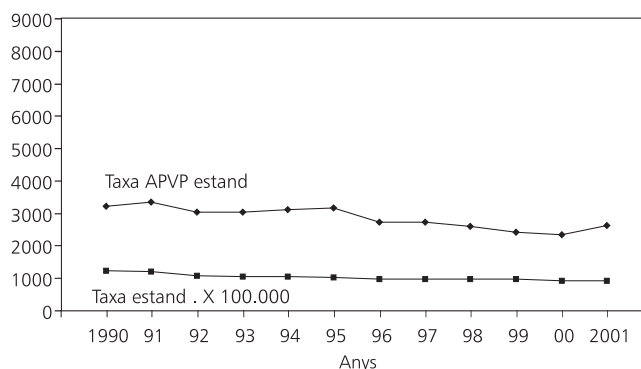
La mortalitat infantil ha disminuït des del 1990 (any en què la taxa era de 8,8 per 1.000 nascuts vius), ja que l'any 2001 és de 3,6 per 1.000 nascuts vius. La mortalitat perinatal també ha minvat durant la dècada, tot i que els anys 2000 i 2001 les taxes són una mica més altes que la del 1999 (taula 1.17).

Figura 1.13. Evolució de la taxa de mortalitat i taxa d'anys potencials de vida perduts (APVP) entre 1 i 70 anys, estandarditzades per edats. Homes i dones. Barcelona, 1990-2001

Homes



Dones



Font: Registre de mortalitat, ASPB.

Taula 1.16. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Homes i dones. Barcelona, 1992-2001

HOMES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Taxa bruta per 100.000 hab.	1.110,2	1.126,0	1.126,2	1.176,8	1.195,5	1.156,6	1.152,9	1.219,3	1.151,0	1.152,3
Taxa estandarditzada per 100.000 hab.*	1.264,4	1.247,7	1.205,7	1.218,5	1.195,5	1.134,5	1.107,9	1.147,1	1.065,9	1.066,2
Taxa APVP estandarditzada*	8.335,2	7.943,5	7.912,2	7.931,5	7.661,0	6.318,9	5.789,6	6.017,7	5.730,1	5.547,9
Esperança de vida total	72,9	73,5	73,7	73,6	74,1	75,0	75,2	74,7	76,0	76,2
DONES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Taxa bruta per 100.000 hab.	944,3	956,4	975,7	996,2	982,3	1.017,6	1.029,6	1.075,7	1.045,8	1.052,1
Taxa estandarditzada per 100.000 hab.*	1.092,8	1.069,3	1.051,1	1.034,2	982,3	989,0	970,2	982,5	925,5	931,7
Taxa APVP estandarditzada*	3.034,6	3.035,7	3.129,8	3.167,0	2.732,1	2.743,0	2.593,9	2.425,0	2.355,0	2.629,0
Esperança de vida total	81,2	81,4	81,5	81,8	82,5	82,3	82,1	82,2	83,3	83,0

* Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona del 1996.

APVP: anys potencials de vida perduts.

Les taxes dels anys 1997-1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions del 1996 i del 2000 (per tant, són diferents de les presentades en els informes de salut anteriors).

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

Taula 1.17. Evolució de la mortalitat infantil i de la mortalitat perinatal. Taxes per 1.000 nascuts vius i taxes per 1.000 nascuts. Barcelona, 1992-2001

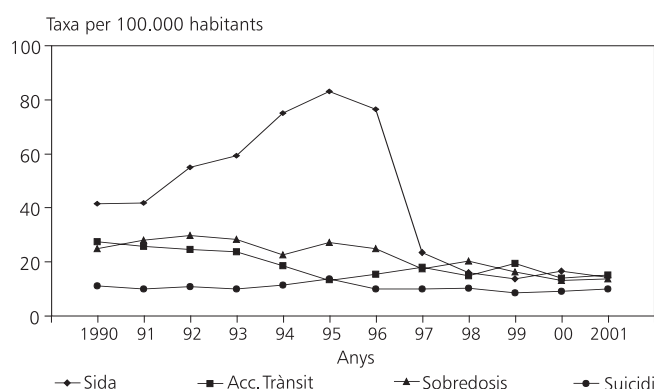
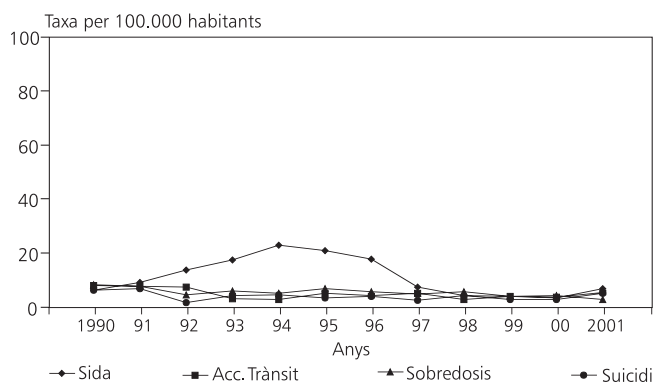
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Mortalitat infantil	6,9	5,9	6	4,7	3,4	4,0	6,3	4,9	4,1	3,5
Estadístiques d'àmbit estatal ≥ 500 g	10,1	6,4	8,6	7,6	8,0	7,2	7,6	6,7	7,3	7,3

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

A les figures 1.14-1.16 i a les taules 1.18-1.20 es presenta l'evolució de la mortalitat segons causes per grups d'edat i sexe. Cal assenyalar que a partir de l'any 2000 la causa bàsica de defunció va ser codificada amb la Classificació internacional de malalties, desena revisió, cosa que cal tenir en compte a l'hora d'avaluar les tendències, ja que no sempre les codificacions de la novena i la desena revisions són comparables.

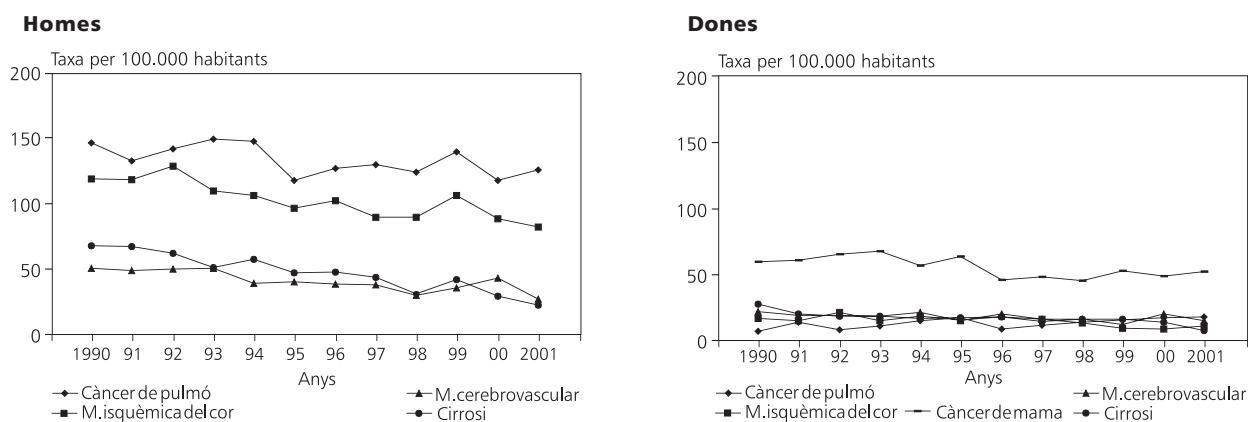
A la figura 1.14 i la taula 1.18 consta l'evolució de les causes de mortalitat en homes i dones de quinze a quaranta-quatre anys. Cal remarcar el fet que en aquest grup d'edat la taxa global de mortalitat va disminuint des de la segona dècada dels noranta, com també el fet que les taxes en els homes són superiors que en les dones. La sida continua la davallada iniciada l'any 1996 en els homes i en el 1995 en les dones. La mortalitat per accidents de trànsit va disminuir fins al 1994, per després presentar taxes que tendeixen a l'augment, tot i que varien segons l'any. La mortalitat per sobredosi continua disminuint.

Les principals causes de mortalitat entre els quaranta-cinc i els seixanta-quatre anys es presenten a la figura 1.15 i la taula 1.19. En els homes, l'ordre de les causes és aquest: càncer de pulmó, malaltia isquèmica del cor, malaltia cerebrovascular i cirrosi. Totes tenien una tendència decreixent al llarg dels anys noranta i començament del 2000, amb l'excepció d'un augment produït l'any 1999. En les dones, la principal causa és el càncer de mama, que bàsicament ha disminuït al llarg dels anys. De la resta de causes, la cirrosi ha disminuït de 18,1 morts per 100.000 habitants l'any 1992 a 7,5 l'any 2001, i també ho han fet el mateix any la malaltia isquèmica del cor (de 21,3 a 10,7) i la malaltia cerebrovascular (de 18,8 a 14,9). No passa el mateix amb el càncer de pulmó, que té una tendència a l'increment.

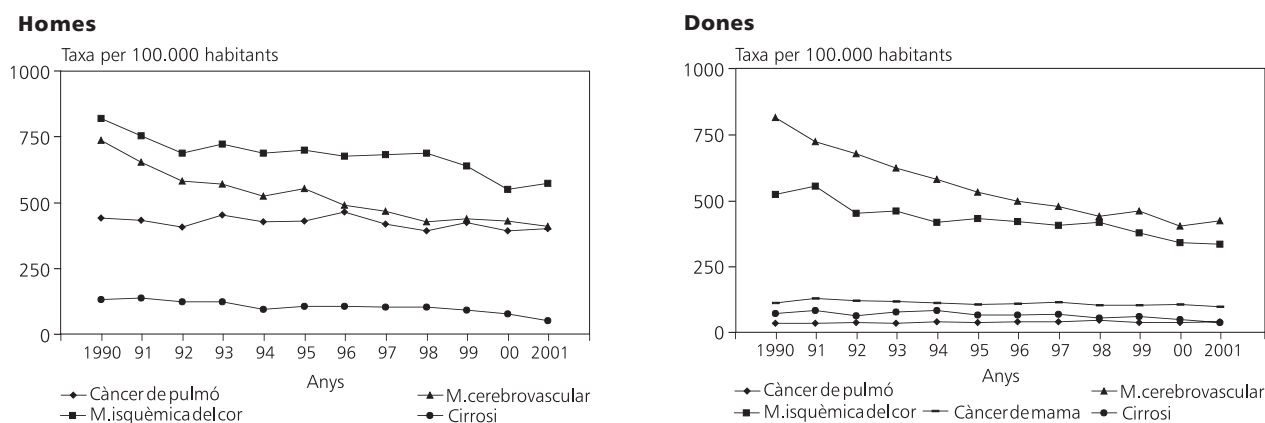
Figura 1.14. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Homes i dones. Barcelona, 1990-2001**Homes****Dones**

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

En el grup de més de seixanta-quatre anys (figura 1.16 i taula 1.20), les causes principals en les dones són la malaltia cerebrovascular i la malaltia isquèmica del cor, i les taxes de totes dues continuen disminuint. En els homes són les mateixes causes però amb l'ordre de prevalença invertit. També en aquest cas disminueixen les taxes.

Figura 1.15. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 45 a 64 anys. Homes i dones. Barcelona, 1990-2001

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

Figura 1.16. Evolució de les causes de mortalitat en la població de més de 64 anys. Homes i dones. Barcelona, 1990-2001

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

Taula 1.18. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Homes i dones. Barcelona, 1992-2001

HOMES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000(*)	2001 (*)
Sida	55,1	59,2	75,2	83,0	76,6	23,6	16,1	13,7	16,5	14,4
Accident de trànsit	24,6	23,7	18,5	13,1	15,6	18,0	14,8	19,4	13,6	15,3
Sobredosi	29,8	28,3	22,5	27,3	24,8	17,6	20,4	16,4	13,2	13,7
Suïcidi	10,8	10,1	11,6	13,7	9,9	10,1	10,2	8,6	9,3	10,1
Totes les causes	232,5	214,9	219,0	227,7	219,0	156,8	137,8	144,5	129,8	122,9
DONES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000(*)	2001 (*)
Sida	13,8	17,6	22,8	20,9	17,8	7,4	4,2	3,9	3,5	7,0
Accident de trànsit	7,5	3,2	3,0	5,2	4,4	5,3	2,8	4,0	3,7	5,5
Sobredosi	4,7	5,9	5,1	6,8	5,6	4,9	5,7	3,9	4,3	2,8
Suïcidi	1,8	4,2	4,5	3,3	4,0	2,5	4,3	2,8	3,0	5,1
Totes les causes	80,5	73,8	80,0	83,1	75,1	70,8	63,5	55,3	51,9	66,3

Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona del 1996.

Les taxes dels anys 1997-1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions del 1996 i del 2000 (per tant, són diferents de les presentades en els informes de salut anteriors).

* Els anys 2000 i 2001, les causes de mort han estat codificades amb la Classificació internacional de malalties, 10a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

Taula 1.19. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de 45 a 64 anys. Homes i dones. Barcelona, 1992-2001

HOMES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 (*)	2001 (*)
Càncer de pulmó	141,6	148,8	147,4	117,4	126,4	129,6	123,6	139,3	117,6	125,3
Malaltia isquèmica del cor	128,1	109,5	106,1	96,1	101,8	89,3	89,3	106,1	88,2	81,8
Malaltia cerebrovascular	50,0	50,3	38,8	40,2	38,6	37,6	30,0	35,6	42,9	27,1
Cirrosi	62,0	51,2	57,1	47,2	47,5	43,6	30,7	41,6	29,5	22,5
Totes les causes	937,7	908,2	896,7	870,6	846,5	809,3	746,8	798,1	790,7	783,7
DONES										
Càncer de pulmó	8,2	10,8	14,7	17,0	8,4	11,5	13,8	15,3	17,2	17,8
Càncer de mama	65,3	67,6	56,7	63,6	45,8	48,0	45,2	52,6	48,7	52,1
Malaltia isquèmica del cor	21,3	14,8	18,3	15,5	17,7	16,2	13,2	9,4	8,4	10,7
Malaltia cerebrovascular	18,8	18,1	21,4	15,0	20,2	16,2	16,3	11,9	19,8	14,9
Cirrosi	18,1	18,4	16,8	17,4	17,7	14,2	15,9	16,0	13,8	7,5
Totes les causes	327,9	342,6	347,6	340,7	294,5	311,4	308,1	299,1	297,8	306,4

Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona del 1996.

Les taxes dels anys 1997- 1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions del 1996 i del 2000 (per tant, són diferents de les presentades en els informes de salut anteriors).

* Els anys 2000 i 2001, les causes de mort han estat codificades amb la Classificació internacional de malalties, 10a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

Taula 1.20. Evolució de la mortalitat en la població de més de 64 anys. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de més de 64 anys. Homes i dones. Barcelona, 1992-2001

HOMES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 (*)	2001 (*)
Càncer de pulmó	407,5	452,9	428,3	431,2	464,4	419,4	393,2	423,2	393,1	401,0
Malaltia isquèmica del cor	688,0	722,3	688,5	699,5	675,2	681,7	688,5	640,0	550,1	574,4
Malaltia cerebrovascular	581,9	568,8	524,7	554,0	490,3	466,3	427,3	438,1	429,1	409,3
Cirrosi	124,4	124,5	93,3	107,2	105,4	102,1	103,3	92,9	77,5	52,8
Totes les causes	5377,3	5393,8	5151,0	5241,8	5176,9	5034,9	5008,4	5152,7	4730,1	4766,6
DONES										
Càncer de pulmó	38,4	34,1	39,5	36,6	39,0	40,9	45,7	36,6	37,4	41,2
Càncer de mama	121,5	116,2	113,1	107,0	108,7	114,4	102,6	104,0	105,1	96,1
Malaltia isquèmica del cor	451,8	462,7	417,9	431,4	421,2	408,3	418,4	377,4	340,7	334,0
Malaltia cerebrovascular	677,8	624,2	581,2	531,9	499,2	479,0	442,4	462,1	402,9	423,2
Cirrosi	64,1	77,2	83,8	65,1	66,0	70,0	53,7	61,5	49,1	36,7
Totes les causes	4060,2	3956,5	3864,5	3807,1	3654,2	3671,0	3599,9	3681,3	3454,6	3446,1

Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona del 1996.

Les taxes dels anys 1997- 1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions del 1996 i del 2000 (per tant, són diferents a les presentades en els informes de salut anteriors).

* Els anys 2000 i 2001, les causes de mort han estat codificades amb la Classificació internacional de malalties, 10a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.

Font: Registre de mortalitat, ASPB.

1.6. Els serveis sanitaris i de salut pública

A les taules 1.21 i 1.24 es mostren els indicadors sobre la disponibilitat i l'ús de recursos sanitaris del període 1994-2002 que s'analitzen en aquest apartat.

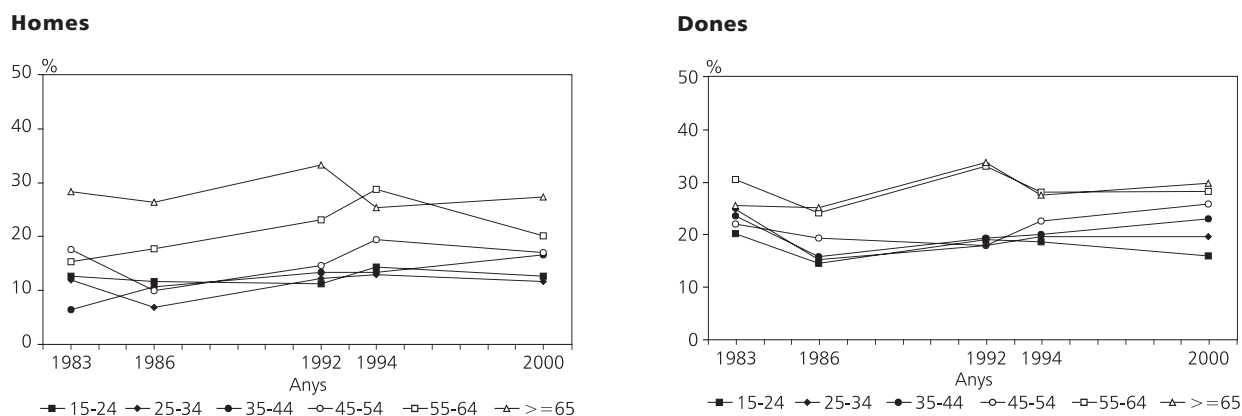
1.6.1. La utilització de serveis sanitaris

A l'Enquesta de salut de Barcelona del 2000, quasi una cinquena part dels homes i una quarta part de

les dones van declarar haver anat al metge en els quinze dies anteriors a l'entrevista, tendència que ha estat força constant al llarg dels anys (taula 1.21). A partir dels cinquanta-cinc anys, hi ha més població que es visita (figura 1.17).

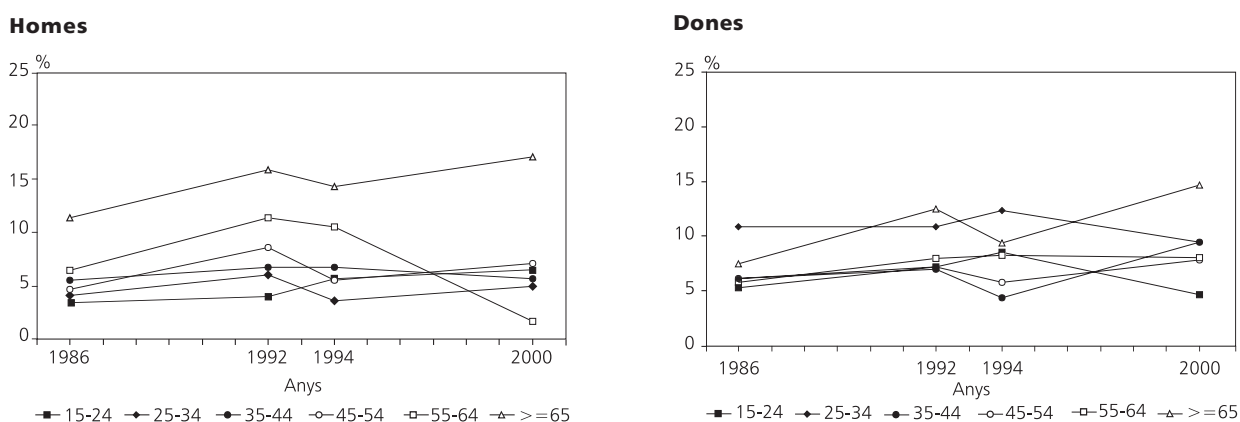
Al voltant d'un 8% de la població declara haver estat hospitalitzada l'any anterior a l'entrevista, percentatges que augmenten en les persones de seixanta-cinc anys o més i són bastant constants al llarg dels anys (figura 1.18 i taula 1.21).

Figura 1.17. Evolució de la visita al metge (1983-1992) o a un professional sanitari (1994, 2000) les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons edat. Homes i dones de 15 anys o més. Barcelona, 1983-2000



Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, ASPB. Enquesta de salut de Catalunya del 1994, Servei Català de la Salut.

Figura 1.18. Evolució del nombre de persones que han estat hospitalitzades l'any anterior a l'entrevista segons edat. Homes i dones de 15 anys o més. Barcelona, 1986-2000



Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, ASPB. Enquesta de salut de Catalunya del 1994, Servei Català de la Salut.

Taula 1.21 . Evolució en la utilització de serveis sanitaris. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 1983-2000

HOMES	1983	1986	1992	1994	2000
Visites 2a setmana ant.*	16,80	13,73	17,66	18,76	17,3
Visites 2a setmana ant.**	--	14,74	18,13	19,94	18,5
Hospitalització últims 12 mesos	--	5,83	7,66	8,00	8,2
DONES					
Visites 2a setmana ant.*	24,52	19,35	24,18	23,06	24,0
Visites 2a setmana ant.**	--	19,56	24,54	23,67	24,0
Hospitalització últims 12 mesos	--	6,42	8,21	7,75	8,5

* Es refereix a persones de 15 anys o més

** Inclou els menors de 15 anys

Font: Enquestes de salut de Barcelona 1983, 1986, 1992 i 2000 de l'ASPB i Enquesta de salut de Catalunya del 1994 del Servei Català de la Salut.

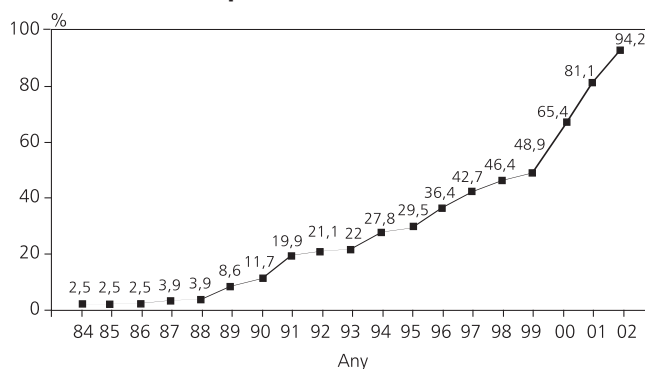
1.6.2. L'atenció primària de salut

La reforma de l'atenció primària de salut (RAP) va començar a Barcelona l'any 1984, encara que fins a l'any 1988 només es van reformar tres àrees bàsiques de salut (ABS) de les seixanta-sis que hi ha a Barcelona. L'any 2002, amb la reforma d'altres set (2I, 2J, 6C, 6D, 6E, 7E, 9A), s'ha arribat a un 94,2% d'ABS reformades, la qual cosa significa que el 94% de la població té accés al model reformat (figura 1.19). L'any 2002, hi havia a Barcelona seixanta-cinc ABS, atès que l'any 2000 hi va haver una modificació de límits a Sants-Montjuïc, amb la desaparició de l'ABS 3F i la reordenació de les ABS 3D, 3E i 3G.

L'ús de serveis d'atenció primària de salut (APS), mesurat mitjançant l'indicador de freqüentació (visites per habitant i any), ha estat estable en els darrers anys i sempre lleugerament superior en l'APS reformada en tot el període analitzat (taula 1.22).

La vacunació antigripal és una de les pràctiques preventives realitzades des de l'APS i està especialment indicada en els més grans de seixanta-quatre anys. Sobre aquesta activitat hi ha dades de l'APS reformada i, tal com es veu a la taula 1.22, en els darrers anys s'ha aconseguit una cobertura superior al 50%.

Un programa que es duu a terme és el d'atenció domiciliària, especialment indicat en les persones grans que pateixen problemes de salut que els impedeixen accedir al seu CAP. L'any 1995, el 5,4% de la població de més de seixanta-quatre anys va ser atesa pel programa, percentatge que

Figura 1.19. Evolució de la cobertura poblacional de la reforma de l'atenció primària. Barcelona, 1984-2002

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

l'any 2002 és del 6,4%, igual que el que es va aconseguir l'any anterior (taula 1.22).

1.6.3. Atenció especialitzada hospitalària

L'oferta, mesurada mitjançant el nombre de llits públics disponibles en hospitals d'aguts, en els darrers anys s'ha mantingut estable, de prop de 3,5 per 1.000 habitants (taula 1.22). La utilització dels serveis hospitalaris públics s'ha incrementat: la taxa d'hospitalització ha estat de 86,8 per 1.000 habitants l'any 1995, i de 104 l'any 2002. Als hospitals de Barcelona s'atenen els residents de fora de Barcelona ciutat, els quals representen prop d'un 33%, proporció que s'ha mantingut estable en els darrers anys. Contràriament, els residents de Barcelona que han estat atesos en hospitals públics de fora de la ciutat són molts menys: prop del 7% de la població que ha estat hospitalitzada.

Taula 1.22. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1995-2002

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Atenció primària de salut									
Cobertura de la RAP	% d'ABS reformades	34,9%	40,9%	47,0%	51,5%	54,6%	69,2%	81,8%	94%
	% població total en ABS reformades	28,9%	35,1%	42,7%	46,3%	48,9%	65,4%	81,1%	94,2%
Utilització	Visites hab./any (xarxa reformada)	5,2	5,3	6,3	5,7	5,5	5,6	5,6	6%
	Visites hab./any (xarxa no reformada)	4,9	4,7	5,2	4,9	4,8	5,5	3,4	4,9
Programes	Vacunació antigripal								
	Cobertura vacunació antigripal en més grans de 64 a. (xarxa reformada)	51,0%	51,6%	52,4%	49,6%	51,7%	56,7%	52,6%	57,5%
	Atenció domiciliària								
	Població més gran de 64 a. atesa al domicili (xarxa reformada)	5,4%	5,5%	4,9%	5,9%	6,0%	6,1%	6,1%	6,4%
Atenció especialitzada hospitalària									
Oferta	Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 hab.	3,6	3,7	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3
	Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a Barcelona	86,8	87,4	85,6	86,8	88,7	91,0	89,6	103,96
Utilització*	% de residents a Barcelona que són atesos a hospitals de la XHUP fora de la regió sanitària	7,4%	7,5%	7,2%	7,0%	7,0%	6,7%	7,3%	6,5%
	% d'altres als hospitals de la XHUP de Barcelona que són de no residents a la ciutat	35,5%	32,7%	34,3%	33,3%	33,1%	33,6%	33,6%	31,6%

* El càlcul del 2002 s'ha realitzat tenint en compte la variable alta hospitalària que utilitza el CatSalut.
 Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

1.6.4. Atenció a les urgències

A Barcelona, l'atenció a les urgències inclou tots els diferents nivells assistencials: a) l'hospitalari, que comprèn tant els hospitals de la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP) com els privats; b) l'atenció primària, que inclou les urgències ateses als centres d'atenció primària (CAP) tant de la xarxa reformada (XR) com de la no reformada (XNR); les urgències ateses als onze centres d'atenció continuada (CAC) que donen atenció fora de l'horari normal de funcionament de l'atenció primària; i les urgències ateses als dispensaris del carrer de València i el centre Perecamps; i c) els dispositius específics creats per a l'atenció a les urgències.

L'any 1991, es va crear el Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUB-061), al qual es pot accedir mitjançant trucada telefònica. La demanda, segons les seves característiques, pot ser resolta sigui telefònicament, sigui mitjançant la mobilització de recursos, que tant

poden ser d'urgències a domicili com d'emergències mèdiques (al domicili i a la via pública).

La informació de què es disposa sobre l'activitat dels serveis d'urgències parteix de l'any 1996 (taula 1.23), i des de llavors s'observa un increment del nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris; així doncs, per exemple, l'any 1999 es van atendre 652.233 urgències, i l'any 2002, 711.552. En l'activitat del servei SCUB-061 s'ha anat produint un increment important pel que fa al nombre de trucades ateses, juntament amb una disminució del nombre d'urgències ateses al domicili. L'activitat d'urgències dels CAC s'ha mantingut força estable des del 1997.

Segons l'Enquesta de salut de Barcelona que es va passar l'any 2000 a una mostra representativa de la població de Barcelona, el 25,3% va declarar haver fet una visita a un servei d'urgències durant l'any anterior a l'entrevista (un 19,2% a un servei d'urgències hospitalari, un 2,5% a un centre d'atenció primària del Servei Català de la Salut, i un 1% a l'SCUB-061). Dels qui van anar a un servei d'urgències hospitalari, el 88% hi havien anat per decisió pròpia o per la d'un familiar, i el 9,8% ho havien fet per decisió d'un professional sanitari.

Taula 1.23. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1995-2002

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Atenció a les urgències									
Utilització	Urgències hospitalàries								
	Nombre d'urgències ateses	579.375	572.922	585.941	652.233*	668.453*	690.479*	711.552	
	Activitat SCUB-061								
	Nombre de trucades	557.581	505.904	558.211	633.136	625.583	631.142	677.982	
	Nombre d'urgències a domicili	81.865	78.124	71.317	62.841	61.266	59.972	53.047	
	Nombre d'emergències	67.941	71.286	73.715	72.344	71.115	72.258	78.024	
	Utilització								
	Activitat als centres d'atenció continuada/dispensaris parahospitalaris								
	Nombre de visites de metge		183.636	158.957	170.699	181.498	188.489	194.072	
	Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
	Nombre de domicilis d'aguts				160.873	130.915	106.960	115.971	
Atenció sociosanitària									
Recursos	Internament								
	Llits de llarga estada (n)	947	947	947	969	980	1046	1.116	1.151
	Convalescència (n)	288	288	321	333	351	373	443	443
	Cures pal·liatives (n)	93	93	95	95	95	95	105	107
	Sida (n)	49	49	49	49	45	35	35	35
	Places hospitals de dia	130	130	155	155	155	155	209	209
	Nombre equips PADES	12	12	12	13	13	15	17	17
	Nombre equips UFISS hospitalària	5	5	7	7	7	9	10	12
	Internament								
	Llits llarga estada	2.180	2.395	2.381	3.042	3.086	2.897	2.858	3.163
Utilització (nombre pacients atesos a:)	Convalescència	1.786	1.948	1.993	2.472	2.522	2.590	2.752	3.588
	Cures pal·liatives	1.022	1.092	1.140	1.305	1.108	949	872	1.087
	Sida	292	291	210	258	206	156	140	136
	Hospital de dia	237	409	469	531	256	658	281	644
	PADES (inclou ETODA)	3.589	3.813	3.599	3.624	3.683	3.713	4.222	4.099
	UFISS	642	1.311	3.107	4.323	2.712	5.741	7.137	9.572

* Inclou l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron.

NC: no consta.

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

1.6.5. Atenció sociosanitària

En els recursos d'internament disponibles s'ha produït un increment dels recursos d'internament, exceptuant-ne els destinats a la sida. També s'ha incrementat el nombre de places d'hospital de dia en aquest període (1995-2002). Així mateix, la utilització dels recursos d'internament ha augmentat en tots els supòsits excepte en el dels llits destinats a malalts de sida (taula 1.23).

També s'han incrementat els recursos d'hospitals de dia (PADES i UFISS), així com el nombre de persones ateses.

1.6.6. Atenció a la salut mental

En general hi ha hagut un increment global dels recursos destinats a la salut mental. Actualment es disposa de quinze centres d'atenció a la salut mental d'adults i deu d'infants. Els recursos de rehabilitació han augmentat de manera important, tant pel que fa al nombre de places de centres de dia (de 407 l'any 1995 a 632 l'any 2002) com al de places d'hospitals de dia (de 90 l'any 1995 a 147 l'any 2002). El nombre de persones ateses a tots els recursos d'atenció a la salut mental també ha experimentat un augment en els anys dels quals es disposa informació (taula 1.24).

Taula 1.24. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1995-2002

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Atenció a la salut mental									
Recursos	Ambulatori								
	Nombre centres d'adults (CSMA)	15	15	15	15	15	15	15	15
	Nombre centres infantils i juvenils (CSMIJ)	10	10	10	10	10	10	10	10
	Hospitals								
	Nombre llits d'hospitalització psiquiàtrica	327	339	345	367	380	380	345	406
	Recursos de rehabilitació								
Utilització	Nombre places centres de dia	407	407	407	407	499	499	572	632
	Nombre places hospitals de dia	90	90	90	90	109	114	136	147
	Nombre persones ateses a:								
	CSMA*	18.016	22.750	25.157	22.878	26.828	27.703	NC	33.799
	CSMIJ**	5.499	5.215	6.562	4.299	5.222	5.950	NC	6.081
	Hospitals (altes)	3.191	3.191	3.454	4.286	4.428	4.489	4.504	4.552
	Centres de dia	Nd	625	Nd	760	779	876	977	1.070

* No es disposa de les dades d'un centre de CSMA (informació disponible: 97%).

** No es disposa de les dades de tres centres de CSMIJ (informació disponible: 88%).

NC: no consta. Nd:

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

1.6.7. Atenció a les drogodependències

El desplegament de l'activitat dels centres de tractament a les drogues (CAS) de titularitat municipal s'ha dut a terme des de l'any 1989. En un principi aquests centres tenien una relació contractual amb el Pla d'Acció de Drogues de Barcelona lligada amb un contracte programa que es renovava cada tres anys coincidint amb l'aprovació dels diferents plans. En aquest contracte programa, tan sols es feia un control d'estructura de personal i dels programes que calia oferir. Aquests programes eren: Programa lliure de drogues (PLD), per a usuaris de drogues no institucionalitzades (heroïna, cocaïna, amfetamines, cànnabis i no volàtils), orientat a l'abstinència; Programa lliure d'alcohol, i un Programa de manteniment amb substàncies substitutives (metadona) per a heroïnòmans (PMM).

L'any 1996 i coincidint amb el Pla 1996-1999, es va implantar un nou sistema de contractació de serveis, i el nou contracte programa contenia un control de procés i de resultats. Les bases d'aquest nou contracte programa van ser els indicadors recollits en el Sistema d'informació de drogues de Barcelona (SIDB) i es van fonamentar en les necessitats de serveis i la demanda existent dels

usuaris. Mentre aquests programes es constituïen, es van definir una sèrie de prestacions, com ara les següents: a) diagnòstic i seguiment medicosanitari, que té com a finalitat el seguiment de patologies orgàniques, la prevenció, detecció, diagnòstic i tractament de les principals patologies infeccioses; b) la prevenció, detecció, diagnòstic i tractament de les patologies psiquiàtriques relacionades amb el consum de drogues psicoactives; i c) es va començar a desenvolupar el diagnòstic, tractament i seguiment social dels usuaris amb l'objectiu de planificar un procés de reinserció en la comunitat de l'usuari.

Amb aquest nou contracte programa es recollien uns quants aspectes bàsics d'activitat i s'oferia un mínim de places en funció de les característiques de cada centre. D'aquest contracte programa van sortir les UAD (unitats d'atenció a les drogodependències), que eren la unitat de pagament i l'oferta de places en funció de les necessitats i la demanda de cada moment.

A la taula 1.25 es pot veure l'evolució del nombre de places i UAD segons programa i el percentatge de cobertura (compliment dels mínims demanats). Així doncs, veiem que la cobertura de les places dels PMM en el període 1996-2002 va ser d'entre un 14 i un 53% més alt que el demanat pel Pla d'Acció de Drogues de Barcelona, i l'any 2002 ha estat un 2% més baix. Els PMM sempre han generat més UAD que la resta de programes. La cobertura dels programes d'alcohol i PLD ha estat més variable i, a excepció de l'any 1997, sempre inferior al 100%, tant pel que fa al nombre de places, com a UAD.

1.6.8. Atenció a la salut pública

A Barcelona, l'Institut Municipal de Salut Pública (ASPB) té la responsabilitat sobre l'atenció a la salut pública. Des d'aquest organisme es porten a terme diferents actuacions de salut pública, que es poden resumir en els punts següents:

1. Anàlisi de la situació de salut de la població, amb detecció i seguiment de problemes relacionats amb la salut, com també les desigualtats en salut (socials, territorials, de gènere, etc.).
2. Vigilància epidemiològica i intervenció sobre certs problemes de salut amb implicacions sobre la comunitat, com ara les malalties de declaració obligatòria (sida, tuberculosi, hepatitis i altres), els brots epidèmics i la salut ocupacional). Així doncs, per exemple, cal destacar que el nombre de casos de tuberculosi estudiats ha disminuït molt i, en canvi, han augmentat els contactes cribrats.
3. Prevenció de malalties i promoció de la salut, amb actuacions que van des del Pla de vacu-

nació continuada, educació sanitària a l'escola, salut maternoinfantil en zones desfavorides, i educació sanitària a l'empresa. Per exemple: podem assenyalar l'augment que hi ha hagut de carnets de vacunació tramesos.

4. Atenció a les drogodependències a través del Pla d'Acció de Drogues de Barcelona.
5. Seguretat i higiene dels aliments: des d'actuacions de control sanitari de la cadena alimentària, fins a intervencions d'educació sanitària a manipuladors d'aliments.
6. Control de zoonosi i vectors: amb el control dels animals de la ciutat i la higienització d'espais públics.
7. Al Laboratori Municipal de Salut Pública es dona suport a la vigilància ambiental, d'aliments i d'aigües, com també a l'elaboració de fàrmacs i controls de qualitat.

Aquestes funcions queden englobades en el sistema sanitari de la ciutat de manera que es dona suport a la planificació sanitària, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la intervenció en problemes de salut específics. A la taula 1.26 es mostren indicadors d'algunes activitats de salut pública que s'han dut a terme en els darrers anys. Es pot trobar més informació sobre aquesta qüestió a la memòria anual de l'ASPB.

Taula 1.25. Oferta dels serveis. Unitat d'Atenció a les Drogodependències (UAD) i places sol·licitades pel Pla d'Acció de Drogues de Barcelona als centres d'atenció i seguiment de les drogues (CAS). Barcelona, 1996-2002

Places sol·licitades	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alcohol	724	724	808	898	1.610	1.610	1.610
PMM*	915	915	1.022	1.135	1.745	1.745	1.745
PLD**	817	817	912	1.012	1.510	1.510	1.510
Total programes	2.456	2.456	2.742	3.045	4.865	4.865	4.865
Percentatge cobertura de les places	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alcohol	24	104	93	86	59	60	60
PMM*	114	153	119	117	95	84	98
PLD**	35	119	95	74	75	72	66
Total programes	62	127	103	94	76	73	76
UAD sol·licitades	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alcohol	–	8.473	8.473	8.473	12.300	12.300	12.300
PMM*	–	11.717	11.717	11.717	14.933	14.933	14.933
PLD**	–	17.282	17.282	17.282	15.994	15.994	15.994
Total programes	–	37.472	37.472	37.472	43.227	43.227	43.227
Percentatge de cobertura de les UAD	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alcohol	–	58	88	68	57	68	60
PMM*	–	189	184	177	176	236	184
PLD**	–	92	83	69	66	67	66
Total programes	–	113	118	105	99	126	105

* PMM = Programa de manteniment amb metadona.

** PLD = Programa lliure de drogues.

Una UAD equival a 5.865 ptes.

Font: Pla d'Acció de Drogues de Barcelona, ASPB.

Taula 1.26. Indicadors d'activitats de salut pública des de l'Agència de Salut Pública. Barcelona, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Programa de prevenció i control de la tuberculosi					
Casos notificats i estudiats	1.172	974	929	872	924
Contactes cribrats	2.961	3.530	3.690	3.677	3.747
Vigilància i control de la meningitis i de l'hepatitis					
Declaracions de meningitis i sèpsia meningocòica	71	79	79	58	72
Declaracions d'hepatitis víriques	305	295	225	130	281
Vigilància i control de la sida					
Casos confirmats	306	206	157	151	152
Pla de vacunació continuada					
Carnet de vacunació tramesos	11.627	12.234	14.896	23.171	27.883
Centres públics als quals s'han subministrat vacunes	73	71	71	76	62
Vacunes administrades en centres propis	69.088	72.604	62.259	59.740	62.346
Educació sanitària a l'escola					
Escoles participants en el projecte PASE ^a	134	141	144	90	105
Escoles participants en el projecte PESA ^b	64	86	92	92	105
Escoles participants en el projecte PRESSEC ^c	49	40	56	53	63
Escoles participant en el projecte CANVIS ^d			75	81	80
Suport a organitzacions d'ajuda mútua					
Organitzacions contactades	153	160	168	168	168
Programes de tractament de les drogodependències (centres de titularitat municipal)					
Pacients en programes lliures de drogues	5.209	4.489	4.441	4.395	4.103
Pacients en programes d'alcohol	1.831	1.402	1.260	1.592	1.815
Primeres visites programa de drogues il·legals	1.857	2.442	2.295	1.353	1.305
Primeres visites programa d'alcohol	808	984	902	869	886
Oferta de places en PMM ^e	1.818	1.998	2.042	1.969	1.854
Laboratori de Salut Pública					
Mostres analitzades	13.095	11.580	9.770	9.743	11.596
Paràmetres analitzats	65.630	65.406	53.724	52.701	57.115
Mostres analitzades segons natura					
Aliments	6.123	4.773	3.323	3.612	3.956
Ambientals	5.106	4.518	4.031	3.733	4.699
Epidemiologia	908	1.314	1.149	577	340
Altres	790	975	1.267	1.821	2.601

^a PASE: Prevenció de l'abús de substàncies addictives a l'escola

^b PESA: Programa d'educació sobre substàncies addictives

^c PRESSEC: Prevenció de la sida a l'educació secundària

^d CANVIS:

^e PMM: Programa de manteniment amb metadona

Font: Memòries de l'ASPB.

CAPÍTOL 2

LA SALUT MATERNOINFANTIL A BARCELONA

La salut maternoinfantil no sol rebre una mirada global. La progressiva especialització de les diferents disciplines que la conformen, com són l'obstetrícia o la pediatria i, dins d'aquestes, àrees encara més específiques com ara la natalitat, la genètica, el diagnòstic prenatal o el tractament de la interrupció voluntària de l'embaràs, ha fet que, sovint, tant la professió com la societat en rebin una informació fragmentària. El propòsit d'aquest capítol és oferir informació sobre el continu d'aspectes relacionats amb la reproducció, recorregut que s'inicia amb les dones o les parelles que desitgen, o no desitgen, tenir descendència, fins que aquesta arriba a l'edat adulta.

L'absència d'aquest marc comú no deixa de ser paradoxal perquè, al cap i a la fi, es tracta de la salut reproductiva de la població; i, dit d'una altra manera, es tracta del recanvi biològic, del futur, de les nostres filles i fills.

La salut de la dona embarassada, d'una banda, i la salut infantil en general, de l'altra, concentren la major part dels aspectes de la salut maternoinfantil. Dins de la salut infantil podem diferenciar clarament dos grans grups de patologies: les que són pròpies dels fetus i dels infants (per exemple, els defectes congènits anatòmics) i les patologies generals que també impliquen els infants (per exemple, els accidents de trànsit que afecten les criatures).

Aquest capítol es divideix en sis parts. A la primera ("Embarassos i parts") es descriuen el nombre i les característiques dels embarassos que donen lloc als naixements i a les interrupcions voluntàries (IVE) que es produeixen a la ciutat. A la segona s'aborda el tema de la utilització de serveis relacionats (obstètrics, pediàtrics i de salut sexual i reproductiva). La tercera part s'ocupa de la "Vacunació infantil". A la quarta part s'agrupen els aspectes relacionats amb la mortalitat i la morbiditat tant materna com infantil. La cinquena part tracta d'una qüestió que, no per poc estudiada en criatures és menys important, com és l'opinió subjectiva dels pares sobre la salut dels seus fills ("La salut percebuda en menors de quinze anys [5-14 anys]"). Per últim, la sisena part aborda un aspecte emergent a la nostra ciutat: "La salut maternoinfantil en immigrants".

Hem tractat d'analitzar les tendències dels diferents indicadors tot estudiant la seva distribució

en els darrers anys. Tanmateix, sempre que hem pogut, hem estudiat la distribució geogràfica analitzant els valors dels indicadors per districtes municipals.

La informació que ha fet possible aquest monogràfic és molt diversa, ja que Barcelona presenta una àmplia oferta de serveis. En l'elaboració del capítol s'han utilitzat les fonts d'informació següents:

- Registre de naixements de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).
- Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs. Servei d'Informació i Estudis de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Casos del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB). Institut de Medicina i Salut (IMS). ASPB.
- Controls del REDCB (mostra del 2% dels naixements sense defectes). IMS. ASPB.
- Registre de mortalitat perinatal (RMP) de Barcelona. IMS. ASPB.
- Indicadors de salut maternoinfantil a Catalunya. DGSP. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Sistema d'informació de vacunes. IMS. ASPB.
- Enquesta de salut de Barcelona 2000. ASPB.
- Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH). Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).
- Serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). CSB.
- Sistema d'informació d'atenció primària. CSB.
- Sistema d'informació sobre lesionats per accidents de trànsit. IMS. ASPB.
- Enquestes FRESC i ESFA FRESC. IMS. ASPB.
- Padrers municipals d'habitants dels anys 1991, 1996 i 2001. Ajuntament de Barcelona.

Per la seva banda, moltes d'aquestes fonts es nodreixen d'altres múltiples fonts que finalment obtenen la informació dels serveis, centres i laboratoris públics i privats que desenvolupen la seva activitat assistencial a Barcelona.

2.1. Embarassos i parts

Abans de descriure els productes de la gestació, és important dir que més de la meitat es perden en forma d'avortaments espontanis, la majoria dels quals, en moments de la gestació en què la dona no s'ha assabentat encara que estava embarassada. Aquests embarassos, tot i ser els més nombrosos, no seran tractats en aquest informe perquè en disposem d'una informació molt parcial. La resta de gestacions, que sí que seran tractades a l'informe, es divideixen en nadons i interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE).

2.1.1. Natalitat, fecunditat i interrupcions voluntàries de l'embaràs

La taxa de naixements, tant expressada en forma de natalitat (figura 2.1) com de fecunditat (figura 2.3), s'ha mantingut estable al llarg de la dècada dels noranta i s'ha anat incrementant lleugerament durant els primers anys de la dècada actual. Això representa que a partir del 1999 el nombre de naixements de dones residents a la ciutat de Barcelona s'ha incrementat aproximadament en una mitjana de dos-cents cinquanta cada any.

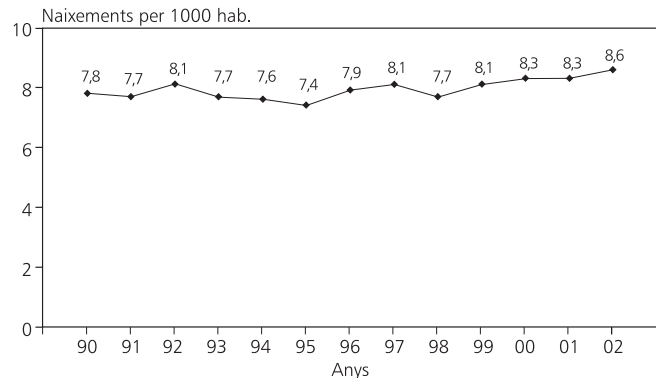
Així mateix, s'ha produït una redistribució geogràfica dels naixements de la ciutat que es pot observar per la variació de la natalitat als districtes (figura 2.2). Així doncs, els districtes que han incrementat els naixements entre el 1994 i el 2002 per sobre de la mitjana de Barcelona (12,2%) han estat els de Ciutat Vella (30,0%), l'Eixample (16,4%), Sarrià - Sant Gervasi (20,9%), Horta-Guinardó (15,6%), Nou Barris (19,2%) i Sant Andreu (12,2%). També ha augmentat la natalitat, encara que per sota de la mitjana de la ciutat, a Gràcia (11,6%) i Sant Martí (7,5%). Hi ha dos districtes en els quals ha baixat la natalitat entre el 1994 i el 2002, que són els de Sants-Montjuïc (-3,6%) i les Corts (-6,6%).

La proporció d'IVE registra un augment sostingut durant tot el període 1990-2002 (figura 2.3) i, l'any 2002, se situa prop del 30%. Això, juntament amb l'increment dels naixements que acabem de comentar, produeix un increment global de la taxa d'embarassos, que passa de 41,5 per 1.000 dones de quinze a quaranta-quatre anys l'any 1990 a 56,7 l'any 2002, és a dir, un 36,6% (figura 2.4).

2.1.2 Tipus de maternitat

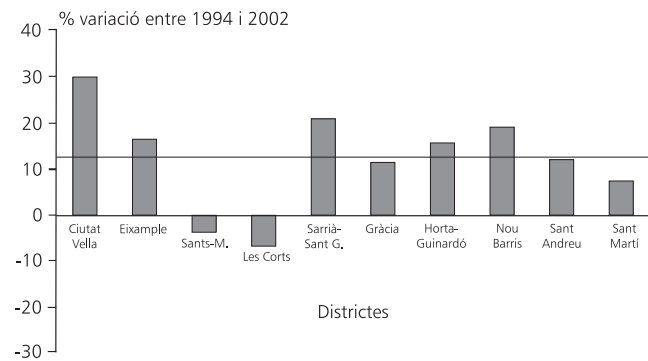
Barcelona té una oferta d'unitats de maternitat inusualment elevada. A banda d'unes quantes maternitats molt petites que han anat desapareixent al llarg dels darrers anys, hi ha vint-i-quatre centres que atenen un nombre considerable de parts, set dels quals pertanyen a la xarxa pública (XHUP) i els disset restants són privats. Fa molts anys que les maternitats privades atenen més de la meitat dels parts de les dones residents a la ciutat. Fins al final de la darrera dècada, la proporció de parts a la XHUP era del 42% (figura

Figura 2.1. Evolució de la taxa de natalitat. Barcelona, 1990-2002



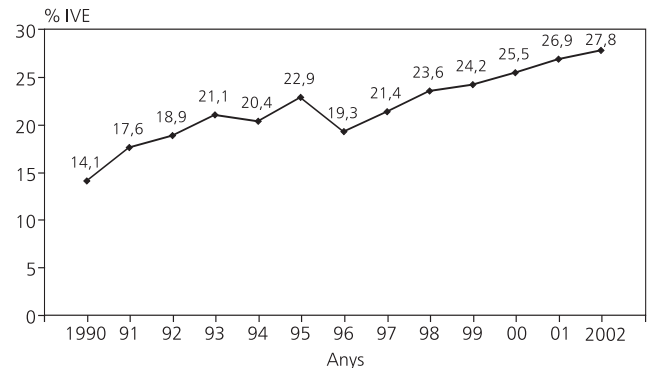
Font: Registre de naixements. ASPB.

Figura 2.2. Evolució (percentatge de variació) de la taxa de natalitat als districtes de la ciutat. Barcelona, 1994 i 2002



Font: Registre de naixements. ASPB.

Figura 2.3. Evolució de la proporció (percentatge) d'embarassos que acaben en una IVE. Barcelona, 1990-2002



Font: Registre de naixements. ASPB.
Registre d'IVE. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

2.5). Tanmateix, a causa sobretot de l'avenç de les tècniques de diagnòstic prenatal i a l'expansió de la seva cobertura, a partir de l'any 2000 es comença a produir una petita però sostinguda redistribució dels parts, que ha comportat que l'any 2002 la proporció de parts a la XHUP sigui del 48% (figura 2.5).

2.1.3. Edat materna

L'evolució de les taxes d'embarassos en els diferents grups d'edat de les dones no ha estat homogènia al llarg de la dècada dels noranta i començament de l'actual (figura 2.6). Així doncs, a l'inici de la passada dècada el grup de dones de 30-34 anys va passar a ser el grup amb la taxa més elevada, i el de 25-29 anys, que havia estat el que tenia la taxa més elevada, va seguir una tendència decreixent i va passar a ser el segon, i després el tercer, sobrepasat també pel grup de 35-39 anys.

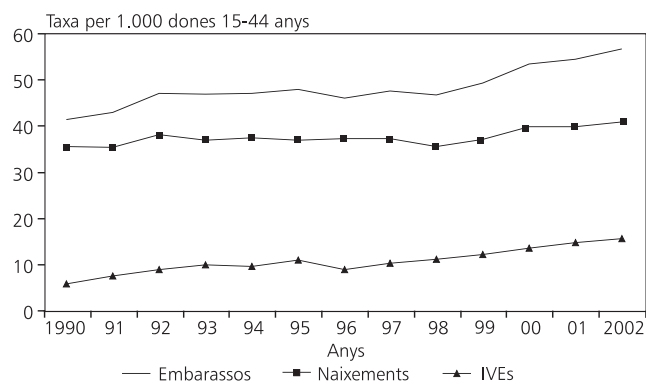
De tots els grups d'edat, els que han disminuït la taxa d'embarassos al llarg del període han estat el de 25-29 anys i, molt lleugerament, el de 20-24 anys. I els grups que han incrementat la taxa d'embarassos són els més grans de trenta anys i, en menor magnitud, el menors de vint.

Per tant, en termes generals, l'edat materna de las dones residents a Barcelona s'ha anat incrementant al llarg dels anys. L'any 2002, l'edat mitjana de la dona en el moment del part va ser de 31,5 anys.

Cal assenyalar que determinats trams de l'edat de la dona es consideren un factor de risc per a l'embaràs. En concret, el protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya considera com a embaràs de risc "mitjà" les gestacions en dones de menys de divuit anys i de més de trenta-set. Con hem vist, però, tots dos grups incrementen la seva grandària.

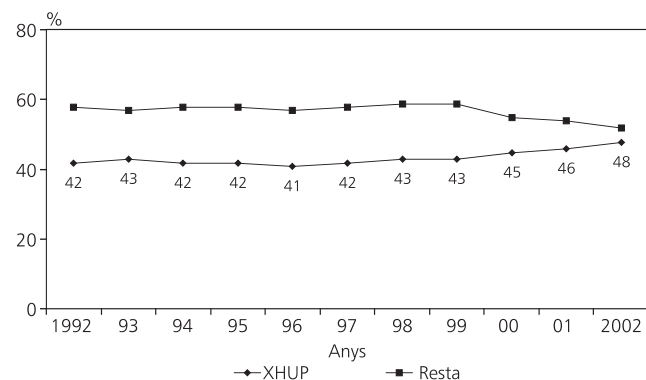
Històricament, el punt de tall de l'edat materna per al tram superior d'increment del risc han estat els trenta-cinc anys. La proporció de mares amb edats iguals o superiors als trenta-cinc anys ha anat augmentant al llarg del anys des d'un 14% el 1990 fins a gairebé un 33% el 2002 (figura 2.7).

Figura 2.4. Evolució de la taxa d'embarassos (naixements i IVE) en dones de 15-44 anys. Barcelona 1990-2002



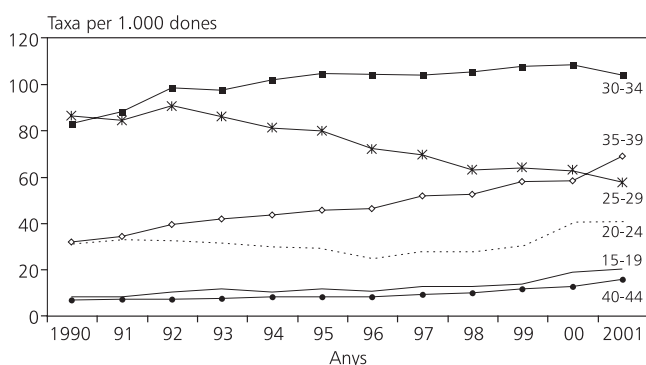
Font: Registre de naixements. ASPB.
Registre d'IVE. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

Figura 2.5. Evolució de la proporció (percentatge) de parts a la xarxa pública (XHUP) i a les clíniques privades. Barcelona, 1992-2002



Font: Registre de naixements. ASPB.
Registre d'IVE. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

Figura 2.6. Evolució de la taxa d'embarassos (naixements i IVE) segons grups d'edat de les dones. Barcelona 1990-2001



Font: Registre de naixements. ASPB.
Registre d'IVE. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

2.1.4. Pes i edat gestacional

Durant la dècada que va del 1993 al 2002 s'ha registrat un increment de la prematuritat i, en conseqüència, del baix pes en néixer. A la figura 2.8 podem observar que la proporció de nadons prematurs (menys de 37 setmanes de gestació) ha passat del 58 per 1.000 l'any 1993 al 74 per 1.000 l'any 2002, amb un increment del 28%. Pel que fa als grans prematurs (menys de 31 setmanes de gestació), s'han incrementat en un 106%, passant del 3,6 per 1.000 l'any 1993 al 7,4 per 1.000 l'any 2002.

Amb relació al baix pes (menys de 2.500 g), la proporció per 1.000 nadons ha augmentat de 64 l'any 1993 a 74 l'any 2002 (un 16% més), mentre que la proporció de molt baix pes (menys de 1.500 g) s'ha incrementat un 76%, entre el 4,9 del 1993 i el 8,6 del 2002 (figura 2.9).

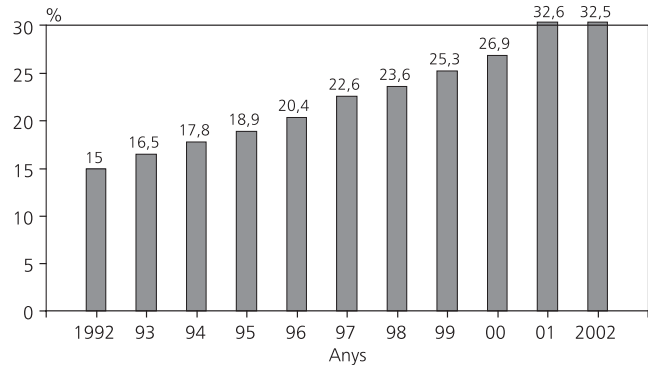
2.1.5. Planificació de l'embaràs, embaràs adolescent i conductes sexuals del jovent

Per analitzar la planificació dels embarassos, aquests es divideixen en tres grups: nadons d'embarassos planificats, nadons d'embarassos no planificats i IVE. S'infereix que totes les IVE són embarassos no planificats: encara que això no és cert en el 100% de casos, ho considerem així atès que més del 98% d'IVE s'acullen al supòsit de perill per a la salut física i/o psíquica de la mare i que, dins d'aquest, el perill físic és de molt baixa freqüència.

Com podem observar a la figura 2.10, el 42% del total d'embarassos del període 1994-1996 no eren planificats. D'aquests, la meitat van ser IVE. En el període 1997-1999, s'observa un petit increment d'embarassos planificats en detriment dels no planificats que arriben a néixer, i en el període 2000-2001 s'observa un petit augment d'IVE amb davallada d'embarassos planificats (figura 2.10).

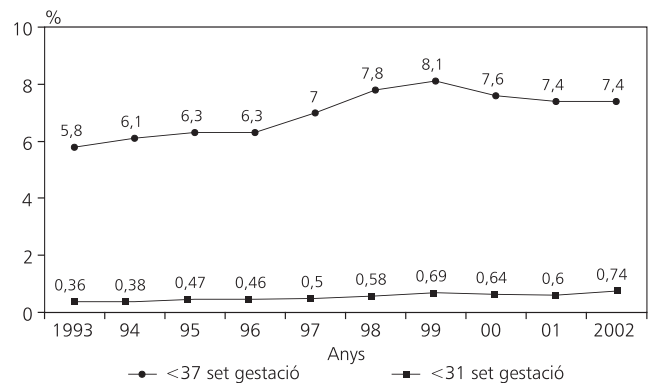
Pel que fa al grup de dones adolescents (menors de vint anys), la situació és molt diferent, ja que aquest grup és el que menys planifica la gestació. La proporció d'embarassos no planificats és del 78% en el període 1994-1996, puja al 89% durant el període 1997-1999 i encara més (el 92%) en el 2000-2001 (figura 2.10). Les proporcions d'IVE són també les més elevades de tots

Figura 2.7. Distribució anual de la proporció de mares de trenta-cinc anys o més. Barcelona, 1992-2002



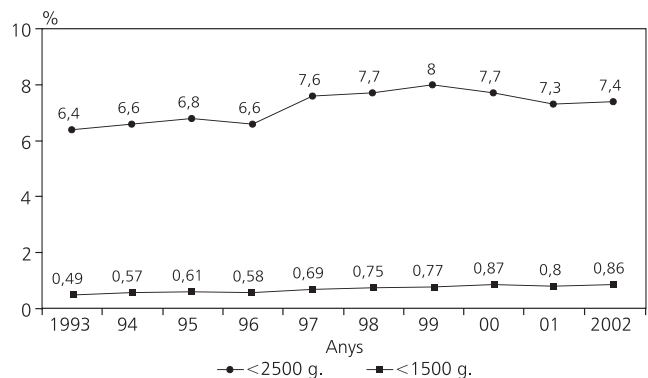
Font: Registre de naixements. ASPB.

Figura 2.8. Distribució anual dels parts prematurs. Barcelona, 1993-2002



Font: Indicadors de salut maternoinfantil a Catalunya. DGSP. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Figura 2.9. Distribució anual dels nadons de baix pes. Barcelona, 1993-2002



Font: Indicadors de salut maternoinfantil a Catalunya. DGSP. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

els grups: 71% (1994-1996) i 74% (1997-2001) (figura 2.10). És a dir, gairebé tres quartes parts dels embarassos en adolescents acaben en una IVE. La situació en el grup d'edat immediatament superior (20-24 anys) no és gaire diferent: la proporció d'embarassos no planificats és del 81%, i la d'IVE augmenta del 53% en el període 1994-1997 fins al 62% en el 2000-2001 (figura 2.10). Globalment, aquest dos grups d'edat, és a dir, les embarassades menors de vint-i-cinc anys, aporten el 40% del total d'IVE de les residents a la ciutat i només el 8% dels naixements.

Per tant, en el grup de dones adolescents la taxa d'IVE és més alta que la taxa de naixements, i s'ha produït, a més, un increment de la taxa d'IVE al llarg del període (figura 2.11). Encara que la taxa de naixements de mares adolescents s'ha mantingut bastant constant al llarg del període, l'embaràs adolescent presenta una clara tendència d'increment (figura 2.11). Durant l'any 2001, el nombre d'embarassos en dones menors de vint anys va ser de 733, 192 dels quals (26%) van arribar a néixer i 541 (74%) van ser IVE.

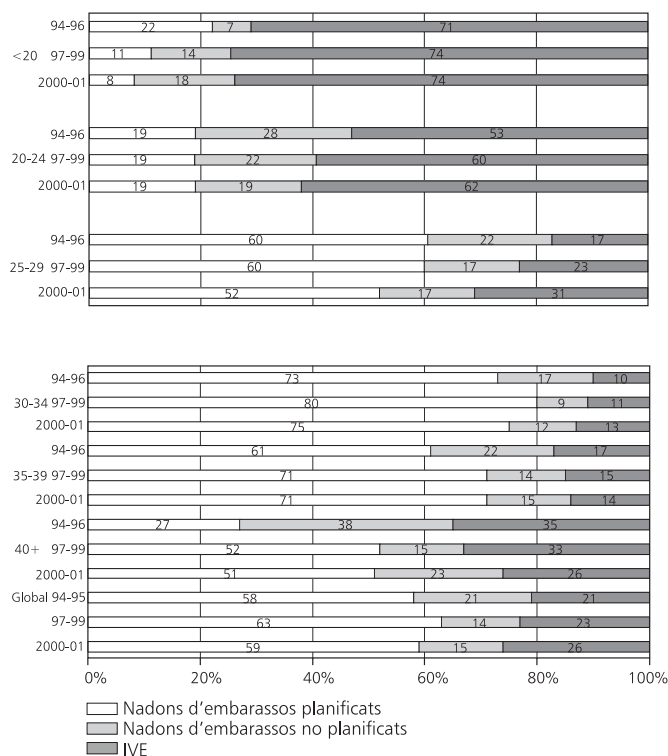
Conductes sexuals del joves

Els anys 1996 i 2001, es van dur a terme, amb una metodologia similar, dues enquestes (FRESC 1996 i ESFA FRESC 2001) que exploraven, entre d'altres, les conductes relacionades amb la salut sexual en una mostra representativa dels estudiants de 4t d'ESO de Barcelona.

A partir de la comparació entre aquestes dues enquestes, podem analitzar l'evolució de les conductes sexuals entre el 1996 i el 2001. En la interpretació dels resultats cal tenir present que, en aquest període, la implantació progressiva de l'educació secundària obligatòria fins als setze anys ha permès incloure estudiants que abans no estaven escolaritzats.

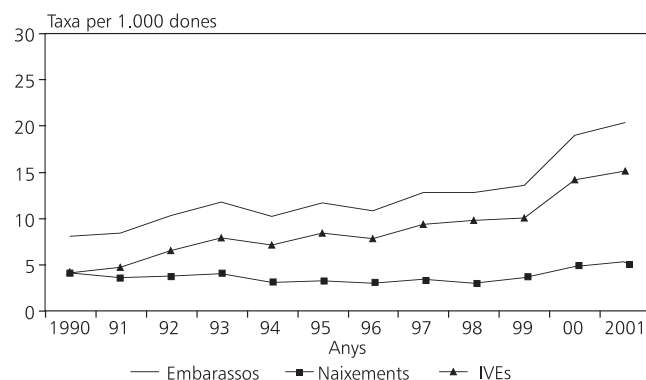
En els dos sexes augmenta la proporció que declara haver mantingut relacions coitals (taula 2.1). Aquest increment és coherent amb els resultats de la comparació entre les edicions del 1993 i del 1999 de l'Enquesta de salut als adolescents de Barcelona. La intenció de rebutjar una relació coital quan no hi ha preservatiu o quan la parella no el vol utilitzar no es modifica de manera significativa (taula 2.1). La freqüència de relacions amb penetració, separada entre els que n'han tingut només una vegada o rarament i la resta, augmenta entre els nois, però no pas entre les noies.

Figura 2.10. Distribució per edat materna de la proporció d'embarassos segons la planificació. Barcelona, 1994-2001



Font: Registre de naixements. ASPB.
Registre d'IVE. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.
Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.11. Evolució de la taxa d'embarassos en les dones menors de vint anys. Barcelona, 1990-2001



Font: Registre de naixements. ASPB.
Registre d'IVE. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

Taula 2.1. Evolució de la pràctica i la intenció de mantenir relacions coïtals de nois i noies estudiants de 4t d'ESO. Barcelona, 1996 i 2001

	1996 (n = 358)		2001 (n = 450)	
	n	%	n	%
Nois				
Han tingut relacions sexuals coïtals	57	16,1	106	24,4
Rebutjaria mantenir relacions sexuals coïtals sense preservatiu	196	56,0	224	51,0
Noies	(n = 527)		(n = 421)	
Han tingut relacions sexuals coïtals	58	11,2	61	14,7
Rebutjaria mantenir relacions sexuals coïtals sense preservatiu	442	84,7	347	83,0

* Ajustat per edat

Font: Enquestes FRESC i ESFA FRESC. ASPB.

Taula 2.2. Evolució de l'ús del preservatiu i la marxa enrere entre els estudiants de 4t d'ESO que han mantingut relacions coïtals. Barcelona, 1996 i 2001

	1996		2001	
	n	%	n	%
Ús de preservatiu	103	89,6	158	94,6
Ús de preservatiu sempre	65	57,5	105	66,5
Ús de preservatiu sempre o gairebé sempre	92	81,4	133	84,2
Marxa enrere	26	22,6	21	12,6

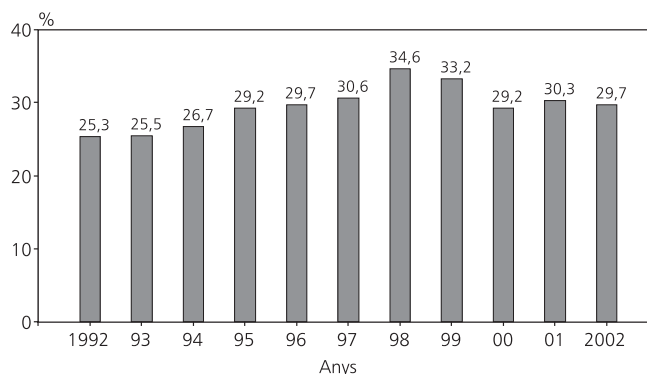
Font: Enquestes FRESC i ESFA FRESC. ASPB.

La utilització de preservatiu en les relacions amb penetració ha augmentat, mentre que la marxa enrere disminueix (taula 2.2). L'any 2001, el 84% dels estudiants afirmava emprar preservatius sempre o gairebé sempre (taula 2.2).

2.1.6. Parts per cesària

Tradicionalment, la proporció de cesàries ha estat un indicador utilitzat per monitoritzar la pràctica assistencial. Malgrat que hi ha algunes indicacions de cesària clares (antecedents de cesària clàssica, placenta prèvia oclusiva, desprendiment de placenta amb repercussió fetal), aquestes només representen un petit percentatge del total de cesàries que es fan. Al contrari, no hi ha evidència científica de bona qualitat que indiqui que la cesària sigui la forma de part òptima en el cas de distòcia, bessons, cesària anterior segmentària, pèrdua del benestar fetal o presentació de natges, que d'altra banda són les indicacions més freqüents de cesària en el nostre medi.

Segons dades d'una mostra de naixements (controls del REDCB), la proporció de parts que acaben amb una cesària s'ha estabilitzat en prop del

Figura 2.12. Distribució anual de la proporció de parts per cesària. Barcelona, 1992-2002

Font: Controls del REDCB. ASPB.

30% després d'una tendència d'increment (figura 2.12). Durant els darrers tres anys (2000-2002), als hospitals de la xarxa pública aquesta proporció (19,6%) és inferior a la dels hospitals privats (37,8%); tanmateix, aquestes dades no estan ajustades per la presència de factors de risc o criteris per a la indicació de cesària. De fet, la població atesa als hospitals privats té una edat mitjana superior a la de les dones ateses a la xarxa pública i, per tant, podria tenir unes característiques clíniques diferents a la població atesa pels hospitals de la XHUP.

2.1.7. Parts múltiples

La proporció de parts múltiples ha experimentat un clar ascens durant l'última dècada (figura 2.13) com a conseqüència de la utilització de mètodes de reproducció assistida. El percentatge de parts múltiples l'últim any estudiat (2002) va ser del 1,7% del total de parts (figura 2.13). Aquest percentatge va ser més gran per als hospitals privats que per als de la XHUP, probablement perquè la utilització de mètodes de reproducció assistida és més gran als centres privats.

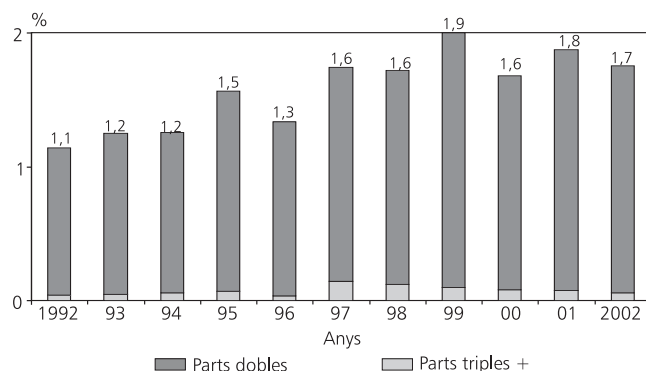
2.1.8. Conductes durant l'embaràs

Ús de medicaments

La mitjana del nombre de medicaments utilitzats per les gestants que tenen un nadó s'ha anat incrementant al llarg dels anys fins a situar-se en cinc durant tot l'embaràs i en prop de 2,5 durant el primer trimestre (figura 2.14).

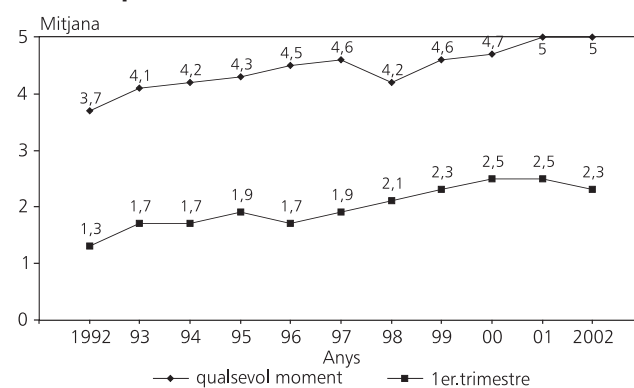
A la taula 2.3 es recull la proporció de gestants que utilitzen diferents grups de medicaments en tres períodes. Tots els grups mantenen o incrementen aquest ús. Els més utilitzats són les vitamines i minerals (el 95% durant tot l'embaràs i el 80% durant el primer trimestre al període 2000-2002). Altres medicaments que han experimentat un increment substancial de l'ús per part de les embarassades són els antiàcids i els antiemètics.

Figura 2.13. Percentatge de parts múltiples. Barcelona, 1992-2002



Font: Registre de mortalitat perinatal i Registre de naixements. ASPB.

Figura 2.14. Evolució de la mitjana del nombre de medicaments utilitzats per les gestants durant tot l'embaràs i durant el primer trimestre. Barcelona, 1992-2002



Font: Controls dels REDCB. ASPB.

Taula 2.3. Exposició a diferents grups de medicaments durant la gestació. Barcelona, 1992-2002

Grups de medicaments	Percentatge de gestants que els utilitzen					
	En qualsevol moment			Primer trimestre		
	1992-95	1996-99	2000-02	1992-95	1996-99	2000-02
Antiàcids	29,6	30,8	34,5	7,6	12,6	13,9
Antiemètics	9,6	12,3	16,7	9,6	11,4	16,0
Laxants	11,6	9,8	10,1	7,2	6,9	6,6
Antidiabètics	0,9	1,2	1,1	0,3	0,4	0,1
Vitamines i minerals	91,2	92,6	94,7	52,0	63,7	80,3
Analgèsics	31,8	38,9	44,3	15,9	20,1	19,8
Psicolèptics i psicoanalèptics	1,9	2,8	3,3	1,6	1,7	1,6
Antiepilèptics	0,3	0,2	0,6	0,3	0,2	0,4
Citostàtics	-	-	-	-	-	-
Per a l'aparell respiratori	13,0	15,2	13,8	5,6	5,9	5,2
Per a l'aparell cardiovascular	12,7	11,6	12,8	3,5	3,6	3,7
Antiinfecciosos i antibiòtics	32,1	35,7	36,1	13,7	11,4	10,3
Hormones	5,0	5,2	7,5	3,8	3,4	4,8

Font: Controls del REDCB. ASPB.

Taula 2.4. Consum de cafeïna, tabac i alcohol durant la gestació. Barcelona, 1992-2002

Hàbits	Percentatge de gestants que en consumeixen en qualsevol moment	Percentatge de gestants que en consumeixen el primer trimestre	Mitjana de consum diari en el 2n mes d'embaràs	Percentatge de les que deixen de consumir-ne durant l'embaràs
Cafeïna	89	88	1,9 tasses	17
Tabac	43	43	9,2 cigarretes	40
Alcohol	27	26	8,6 g	43

Font: Controls del REDCB. ASPB.

Les conductes relacionades amb la salut

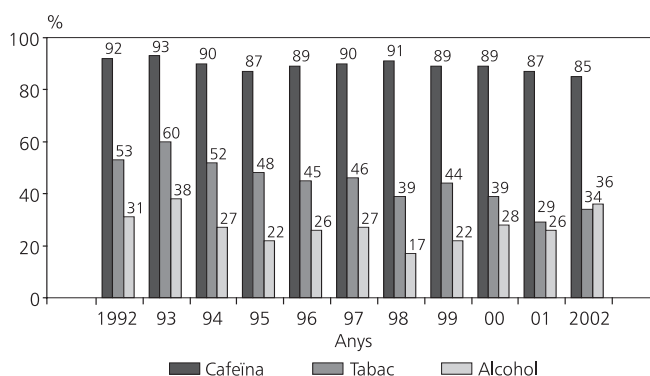
El sistema d'informació del REDCB recull, entre d'altres, dades sobre el consum de cafeïna, tabac i alcohol durant la gestació a través d'una entrevista que es fa a les mares d'una mostra de nadons. A la taula 2.4 podem veure que el percentatge de gestants que prenen cafeïna en qualsevol moment de l'embaràs és molt elevat (el 89%) i que només el 17% va deixar-ho durant l'embaràs. D'altra banda, el 47% de la mostra de gestants van fumar en algun moment de l'embaràs, i el 40% d'aquestes ho van deixar. Un 25% prenen alguna quantitat d'alcohol, mentre que el 41% ho van deixar (taula 2.4).

Cal destacar com a molt positiu el descens del consum de tabac per part de les embarassades (figura 2.15). Encara que el descens del consum de tabac es produeix a tots els grups de gestants dels diferents districtes de la ciutat, la magnitud no és la mateixa. Així doncs, a la figura 2.16 podem observar que el descens és més pronunciat als districtes on el consum era superior (Sants-Montjuïc, les Corts i Sarrià - Sant Gervasi), seguits dels de l'Eixample i Gràcia.

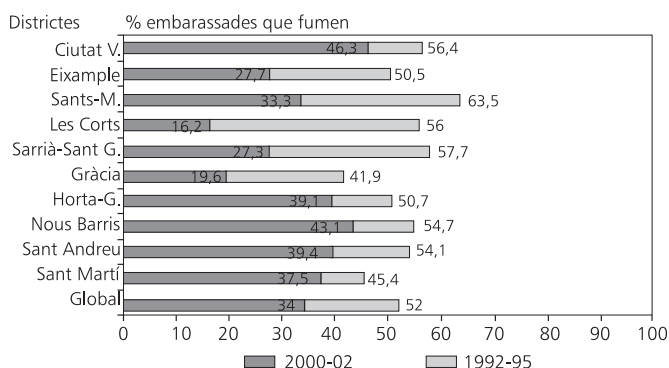
Igualment positiva és la tendència d'augment de la proporció de gestants que deixen el tabac i l'alcohol durant l'embaràs (figura 2.17).

2.1.9. Embaràs i situació laboral a Barcelona

Segons les dades del REDCB, són molt poques les dones embarassades residents a Barcelona que han tingut un fill/a que no han acabat l'EGB, mentre que quasi la quarta part tenen estudis universitaris superiors.

Figura 2.15. Distribució anual de la proporció de gestants que consumeixen cafeïna, tabac i alcohol. Barcelona, 1992-2002

Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.16. Evolució de la proporció d'embarassades que fumen. Barcelona, 1992-1995 i 2000-2002

Font: Controls del REDCB. ASPB.

El 80% de les dones que han tingut una criatura durant aquest període estaven ocupades, mentre que el 18% eren mestresses de casa. La situació laboral està estretament relacionada amb el nivell d'estudis, de manera que, si entre les dones que han arribat com a màxim a acabar l'EGB gairebé el 40% es defineixen com a mestresses de casa, entre les universitàries superiors la proporció és del 10% (figura 2.18).

El 88% de les dones ocupades no han variat la seva situació laboral com a conseqüència de l'embaràs; el 8%, però, afirma que han abandonat la seva feina remunerada de manera voluntària, i el 2%, que l'han canviada també de manera voluntària. Un 2% de les dones assenyalen que han estat acomiadades (figura 2.19).

El fet d'haver abandonat la feina o haver estat acomiadada és molt menys freqüent entre les dones amb estudis universitaris, cosa que probablement té també a veure amb la contractació temporal. Entre les que han arribat com a màxim a acabar l'EGB, el 5% van ser acomiadades i el 9% van abandonar voluntàriament la feina (figura 2.20).

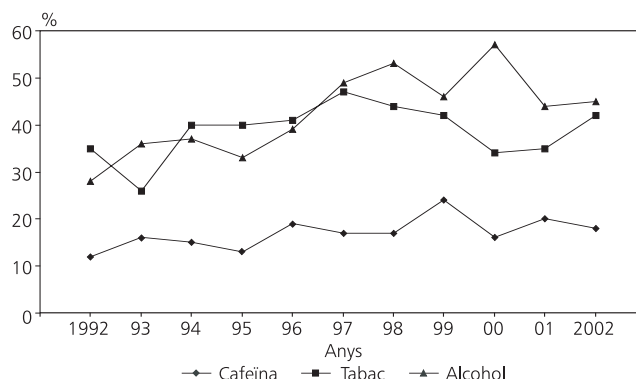
El 36% de les dones ocupades han fet una baixa maternal abans del part. La durada mediana d'aquesta baixa ha estat de 8 setmanes; la mitjana, de 6,3, i el valor màxim, de 28. La probabilitat de fer una baixa maternal abans del part és inversament proporcional al nivell d'estudis (figura 2.21). Una de les possibles raons és la major exigència física de les feines menys qualificades.

El 83% de les dones han fet la baixa maternal habitual de 16 setmanes després del part. Només el 6% l'ha fet de 12 setmanes o menys, i el 0,2%, de més de 16.

Des del 1993 s'observa una tendència a l'augment del nivell d'estudis de les dones que tenen criatures (figura 2.22), com també un increment del nivell d'ocupació (figura 2.23).

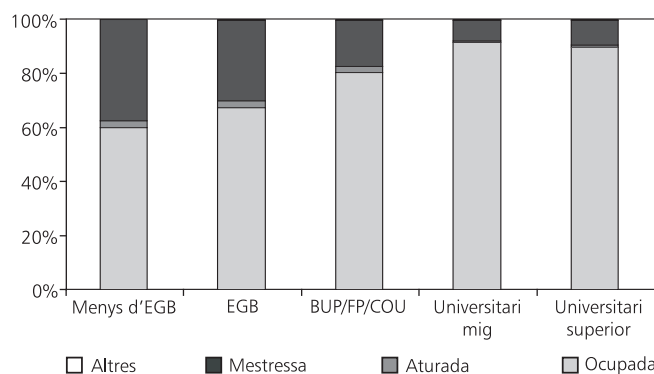
A la figura 2.24 es mostra l'evolució dels acomiadaments i els abandonaments voluntaris de la feina al llarg del període 1993-2002. Tot i que a causa del baix nombre d'efectius les proporcions oscil·len de manera notable, s'observa a partir del 1997 una reducció dels dos aspectes analitzats, que coincideix també amb els descens experimentats per l'atur.

Figura 2.17. Distribució anual de la proporció de gestants que deixen de consumir cafeïna, tabac i alcohol durant l'embaràs. Barcelona, 1992-2002



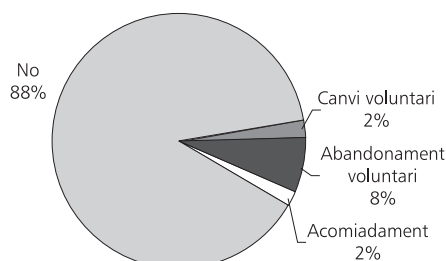
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.18. Situació laboral de les dones que han tingut una criatura segons nivell d'estudis (en percentatge). Barcelona, 1993-2002



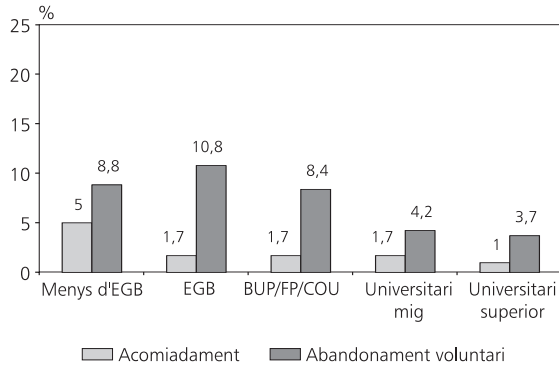
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.19. Canvi laboral com a conseqüència de l'embaràs en dones que han tingut una criatura. Barcelona, 1993-2002



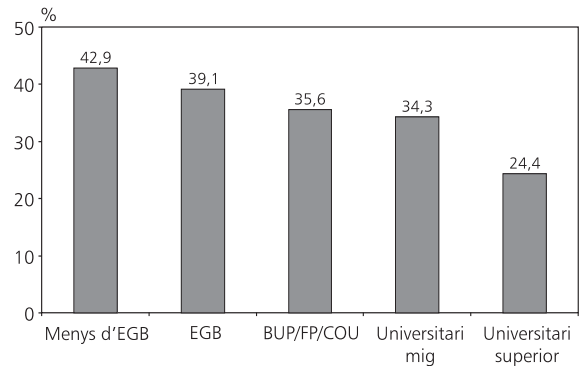
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.20. Dones que han tingut una criatura i han abandonat voluntàriament la feina o han estat acomiadades, segons nivell d'estudis. Barcelona, 1993-2002



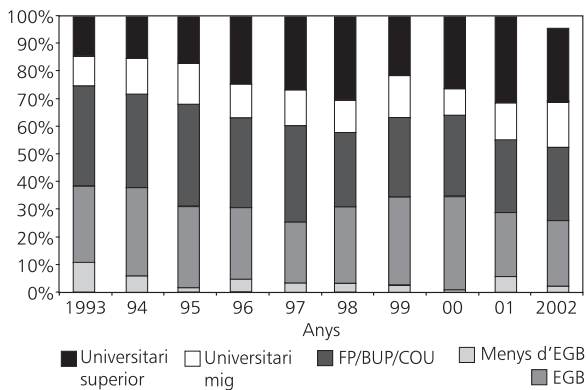
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.21. Proporció de dones que han fet una baixa maternal abans del part segons nivell d'estudis. Barcelona, 1992-2002



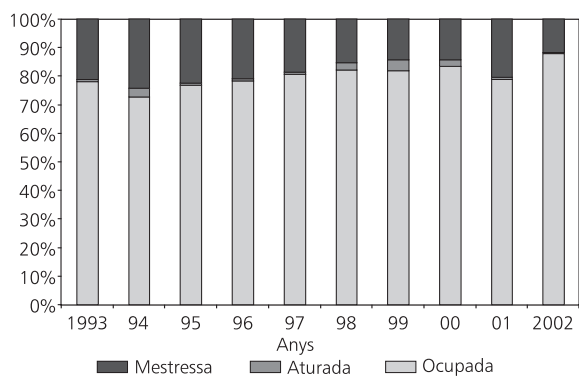
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.22. Evolució del nivell d'estudis de les dones que han tingut una criatura. Barcelona, 1993-2002



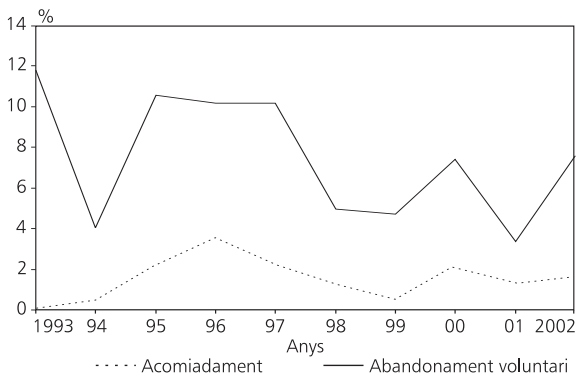
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.23. Evolució de la situació laboral de les dones que han tingut una criatura. Barcelona, 1993-2002



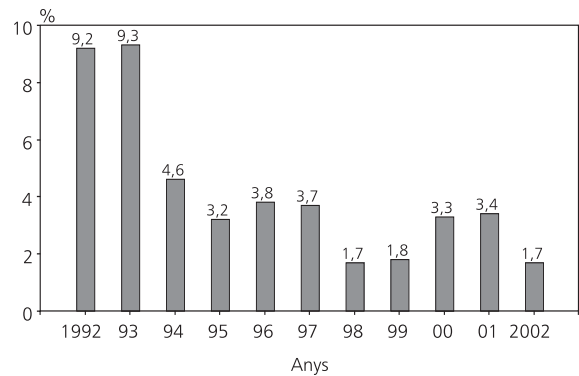
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.24. Evolució dels acomiadaments i abandona-ments voluntaris de la feina en dones que han tingut una criatura. Barcelona, 1993-2002



Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.25. Distribució anual de la proporció de gestants que NO han fet la primera visita durant el primer trimestre de la gestació. Barcelona, 1992-2002



Font: Controls del REDCB. ASPB.

2.2. Utilització de serveis sanitaris

2.2.1. Serveis obstètrics

Visites a l'obstetre

La mitjana de visites a l'obstetre de les dones embarassades durant el període 1992-2002 va ser d'onze, amb una lleu tendència a l'increment. D'altra banda, la proporció d'embarassades que no fan la primera visita a l'obstetre durant el primer trimestre presenta una clara tendència descendent (figura 2.25), fet molt positiu pel que implica d'adequació de la cura dels embarassos.

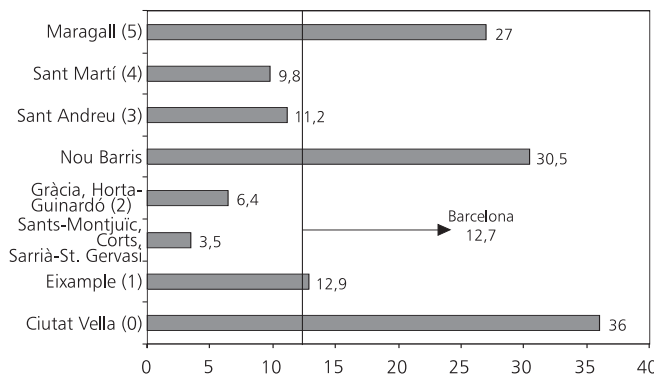
Atenció a les embarassades als serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva

El procés de desplegament dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) es va iniciar de manera general a Barcelona el juliol del 1999 i va acabar el gener del 2000. Aquest desplegament substitueix el model tradicional d'atenció especialitzada tocoginecològica i el de planificació familiar que han coexistit a la ciutat durant molts anys.

La nova situació representa un procés de millora, ja que ofereix un servei integral a la salut sexual i reproductiva tot incorporant-hi els vessants d'educació, de promoció de la salut, de prevenció, d'assistència i d'atenció a la patologia tant en l'àmbit individual com comunitari, amb actuacions específiques sobre els grups de població amb més necessitats. I alhora es produeix la descentralització dels serveis ASSIR en disset centres d'atenció primària, amb la qual cosa es millora l'accessibilitat de la població a aquests serveis. Tanmateix, les dades que es presenten cal interpretar-les amb precaució, ja que depenen de l'oferta de serveis ASSIR als diferents districtes i de l'ús que en fa la població d'aquesta xarxa pública.

L'any 2002, els serveis ASSIR van atendre un total d'11.914 dones embarassades, que van generar un total de 45.838 visites (inclou primeres visites i successives), amb una mitjana de 3,9 visites per dona embarassada. Entre un 42 i un 69% han estat visitades abans de les 12 setmanes de gestació, i el 23,8% han rebut set o més sessions d'educació maternal.

Figura 2.26. Taxa d'embarassos atesos als serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva, en dones de 15-19 anys (taxes específiques per 1.000 dones de 15-19 anys). Barcelona, 2002



- (0) No inclou informació de la 1A
- (1) Inclou informació de la 3B
- (2) No conté les dades referents a la 7G
- (3) No conté les dades referents a la 9C
- (4) No conté les dades de la 10A, 10E i 10F
- (5) Incorpora la informació referent a la 7G, 9C, 10E i 10F

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Atenció i seguiment dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Un 3,7% (445) de les dones embarassades ateses tenien menys de vint anys. Aquest volum, al conjunt de la ciutat, representa una taxa de 12,7 embarassos atesos per cada 1.000 dones de 15-19 anys. Els districtes que presenten una taxa més elevada d'embarassos atesos de dones joves pels serveis ASSIR són, en primer lloc, Ciutat Vella (36,0), seguit de Nou Barris (30,5) i de l'àmbit territorial de Maragall (27,0). El districte de l'Eixample se situa prop de la taxa global de la ciutat (figura 2.26).

Cal esmentar que el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS) ofereix atenció a la salut sexual i reproductiva a milers d'adolescents i joves de Catalunya, tot i que gran part de la població atesa és de Barcelona. Així mateix, proveeix aquests joves d'anticoncepció d'emergència.

Diagnòstic prenatal

Utilització de mètodes de detecció prenatal

Segons dades del REDCB, la pràctica totalitat de dones embarassades es van fer almenys una **ecografia obstètrica**. D'altra banda, un fet positiu que cal destacar és que la proporció de gestants que no s'havien fet una ecografia entre les 14 i les 22 setmanes (el moment adient per fer el cribratge de defectes congènits), encara que era bastant elevada durant els primers anys del període (1992-1993), presenta una clara tendència a disminuir, amb una proporció sis vegades inferior l'any 2002 a la registrada l'any 1992 (figura 2.27).

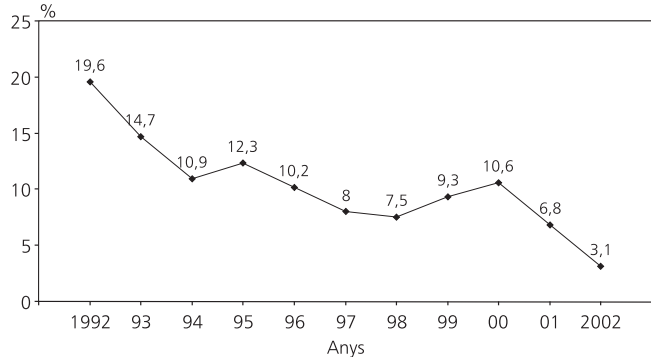
La mitjana d'ecografies durant la gestació se situa prop de cinc durant tot el període (figura 2.28), xifra que és considerada excessiva (un màxim de tres ecografies és la quantitat recomanable). Això suposa unes 65.000 ecografies/any fetes a les gestants residents a la ciutat de Barcelona. En aquest sentit, podem observar durant els primers anys del període una clara tendència d'increment de la proporció de gestants que se sotmeten a més de tres ecografies i una certa estabilització a partir de l'any 1995 en prop del 75% (figura 2.29).

D'altra banda, la utilització de proves invasives a la població general de gestants s'ha anat incrementant al llarg dels anys de l'estudi (figura 2.30) fins a doblar-se. L'any 2002, se n'han fet el 30% de les embarassades de la ciutat de Barcelona, és a dir, unes 3.900. Encara que les gestants de més edat són, lògicament, les que es fan amb més freqüència aquestes proves (entre el 56 i el 70%), la tendència a l'increment és més evident en el grup de gestants joves, amb un 8% el primer any de l'estudi (1992) i entre un 18 i un 23% a partir del 1997. Aquest increment de proves invasives en dones joves es produeix com a conseqüència de l'extensió de la utilització del triple cribratge en sèrum matern per a la detecció de la síndrome de Down.

L'any 1997, es va produir un canvi en el protocol que regula l'accés a una prova invasiva a Catalunya, en el sentit de desplaçar el punt de tall dels trenta-cinc als trenta-vuit anys i oferir triple cribratge en sèrum matern a les gestants fins als trenta-vuit anys. Així doncs, es va començar a introduir aquest criteri en alguns hospitals i s'havia d'anar estenent a tot Barcelona i tot Catalunya. En principi, aquest canvi de criteri s'havia de reflectir en un descens de la proporció de gestants de 35-37 anys que es feien una prova invasiva a mesura que el criteri s'anés estenent a la ciutat. Aquesta tendència es comença a observar en els dos darrers anys (2001 i 2002).

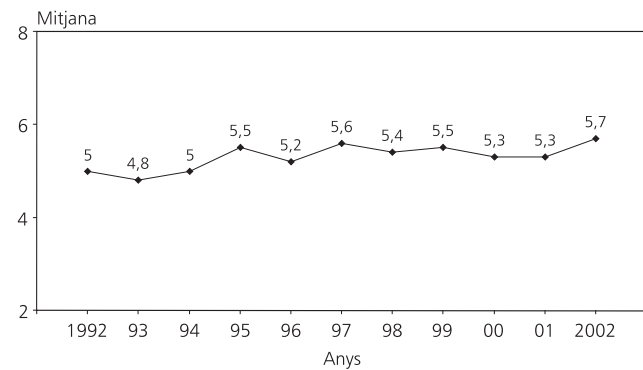
Pel que fa a les dones que han tingut una criatura amb defectes congènits, la proporció d'utilització de proves invasives és sempre superior a la de la resta d'embarassades, ja que una de les indicacions per fer aquest tipus de proves és, precisament, la detecció ecogràfica prenatal d'un defecte. Al llarg del període, s'observa un augment de la utilització en els dos grups d'edat, si bé sembla que durant els dos darrers anys dis-

Figura 2.27. Evolució de la proporció (percentatge) de gestants que no es fan una ecografia obstètrica entre les 14 i les 22 setmanes. Barcelona, 1992-2002



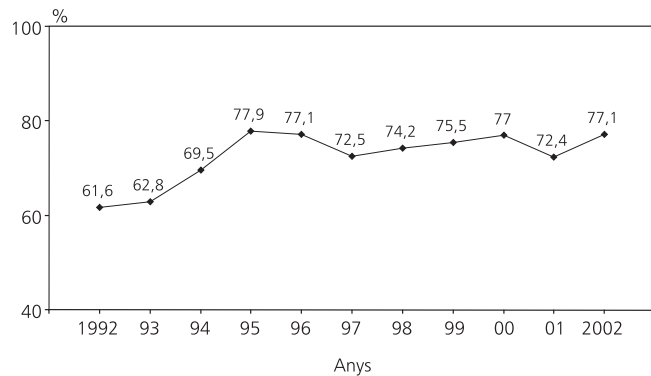
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.28. Evolució de la mitjana del nombre d'ecografies obstètriques. Barcelona, 1992-2002



Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.29. Evolució de la proporció (percentatge) de gestants que es fan més de tres ecografies obstètriques. Barcelona, 1992-2002



Font: Controls del REDCB. ASPB.

minueix en el grup de gestants de més de trenta-quatre anys (figura 2.31).

La distribució per tipus de prova invasiva apareix a la figura 2.32 per a la població general (controls) i per als casos amb defectes congènits. La més utilitzada és sempre l'amniocentesi, encara que els altres dos tipus (la biòpsia de cori i la funiculocentesi) presenten percentatges importants d'ús entre els casos.

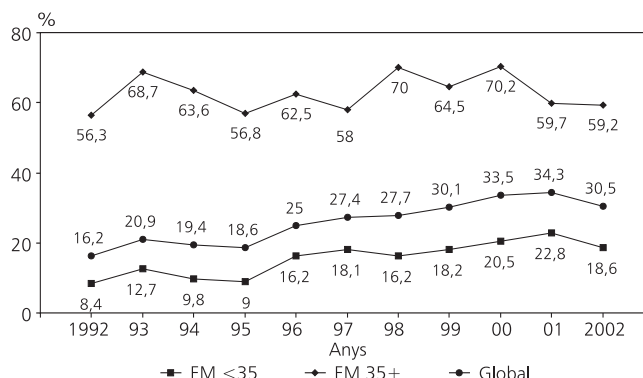
Segons el motiu, entre els controls, un 68% es van fer perquè hi havia un factor de risc; un 32%, per demanda materna (sense objectivació d'augment del risc), i tenim un cas en què es va fer per una detecció prenatal d'un defecte congènit que posteriorment no es va confirmar (un fals positiu). Entre els casos, aquests percentatges van ser d'un 63% per factor de risc, un 10% per demanda i el 26% restant per la detecció ecogràfica de defectes congènits (figura 2.33).

2.2.2. Serveis pediàtrics

Utilització de serveis per la població pediàtrica (Enquesta de salut de Barcelona del 2000)

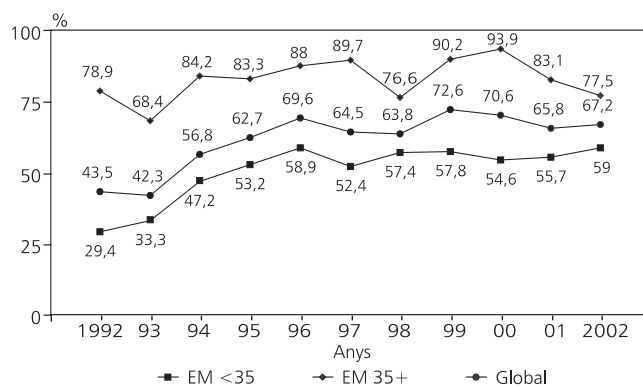
Segons l'Enquesta de salut de Barcelona del 2000, el 98% de la mostra de nens i nenes de 5-14 anys tenen cobertura sanitària pública (CatSalut / Seguretat Social); el 31%, cobertura mixta, i un 2%, només cobertura privada. Aquestes proporcions són molt diferents segons la classe social i el nivell d'estudis del cap de família (figura 2.34). Les persones de classe social més desfavorida i d'inferior nivell d'estudis declaren cobertura sanitària majoritàriament pública.

Figura 2.30. Distribució anual de la proporció de gestants que se sotmeten a una prova invasiva segons l'edat materna (EM). Barcelona, 1992-2002



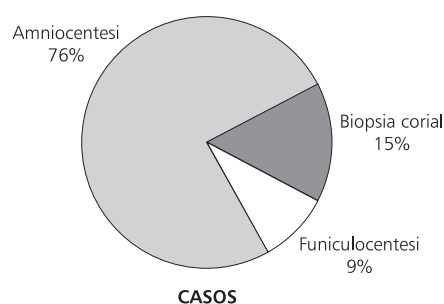
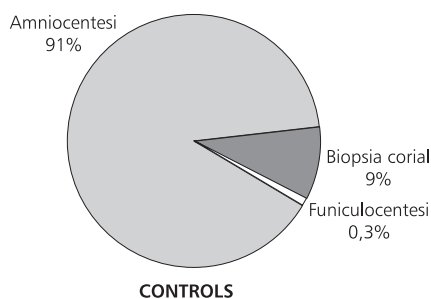
Font: Controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.31. Distribució anual de la proporció de gestants dels casos amb defectes congènits que se sotmeten a una prova invasiva segons l'edat materna (EM). Barcelona, 1992-2002

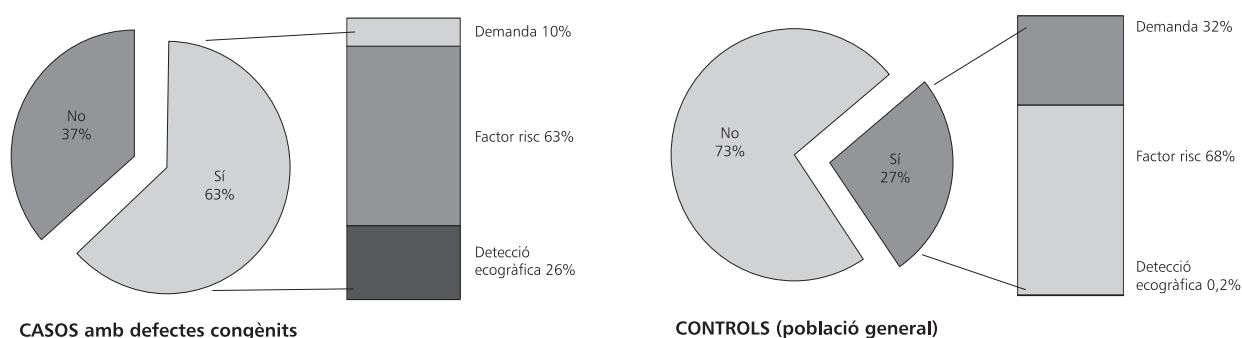


Font: Casos del REDCB. ASPB.

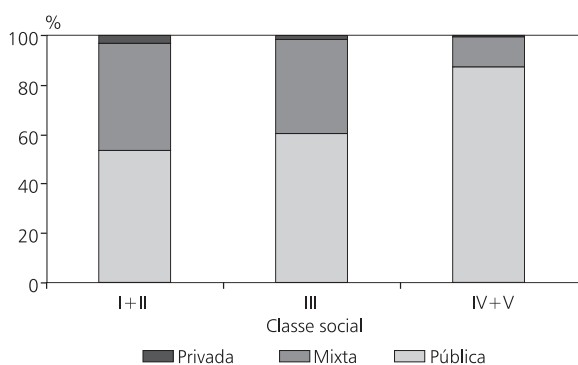
Figura 2.32. Distribució per tipus de prova invasiva. Barcelona, 1992-2002



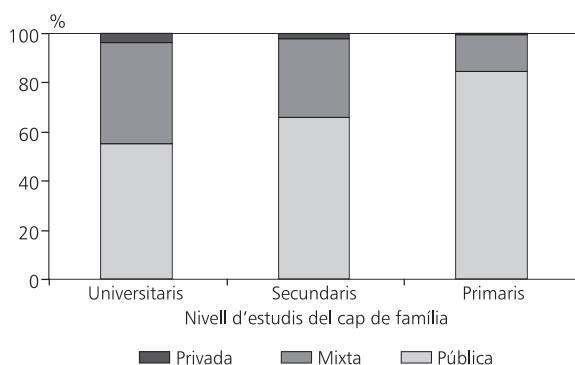
Font: Casos i controls del REDCB. ASPB.

Figura 2.33. Distribució del motiu de la prova invasiva. Barcelona, 1992-2002

Font: Casos i controls del REDCB

Figura 2.34. Cobertura sanitària dels infants de 5-14 anys segons la classe social. Barcelona, 2000

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

Figura 2.35. Cobertura sanitària dels infants de 5-14 anys segons el nivell d'estudis del cap de família. Barcelona, 2000

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

Taula 2.5. Utilització de serveis sanitaris segons edat i sexe. Barcelona, 2000

Grups d'edat	Els quinze dies anteriors		Durant l'any anterior			
	Visita o consulta amb un professional sanitari		Visites a urgències		Hospitalització	
	n	%	n	%	n	%
5-9 anys						
Nenes	182	25,8	182	30,8	182	2,2
Nens	200	21,5	199	30,7	200	5,5
10-14 anys						
Noies	222	20,3	222	31,5	222	4,5
Nois	230	15,7	229	35,4	230	3,5

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

El 20,5% dels menors han visitat un professional sanitari per motius de salut durant els quinze dies anteriors a l'entrevista. La distribució per edat i sexe es bastant uniforme (taula 2.5), encara que s'observa que els més petits són els que presenten una prevalença de consulta més alta, especialment les nenes.

El percentatge de visites a un professional sanitari no és gaire diferent entre les classes socials (figura 2.35). Tampoc no s'observen diferències en la utilització d'aquest servei segons el nivell d'estudis del cap de família (figura 2.36).

Els menors que presenten el perfil de més mala salut han visitat un professional sanitari en proporció més alta que els altres perfils (figura 2.37). Així mateix, el 25% dels menors amb algun trastorn crònic han visitat un professional sanitari, mentre que ho han fet el 19% dels que no declaren cap trastorn crònic (figura 2.38).

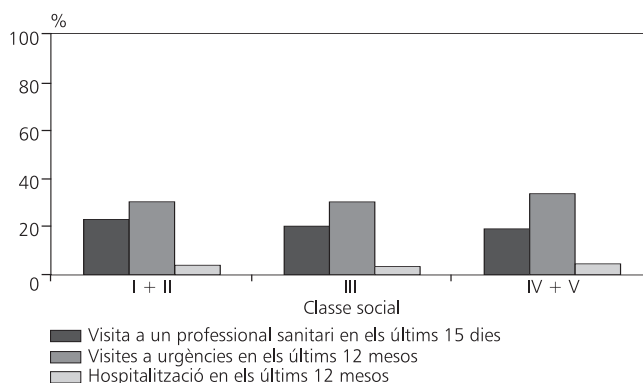
D'altra banda i sempre segons l'Enquesta de salut de Barcelona del 2000, un/a de cada tres nens/es de 5-14 anys de la ciutat de Barcelona ha visitat un servei d'urgències durant els dotze mesos anteriors a l'entrevista. Els adolescents nois han presentat una freqüència més elevada de visites a urgències que les noies (35,4% vs. 31,5%) (taula 2.5).

L'ús dels serveis d'urgències és lleugerament més elevat en els menors de les classes socials més desfavorides (figura 2.36) i en els menors de famílies amb nivell d'estudis primaris (figura 2.37). L'ús del servei d'urgències és major quan es declara doble cobertura (36%) que quan és declara cobertura únicament pública (30%), independentment d'altres factors estudiats.

El 45,5% dels menors que presenten el perfil de pitjor salut han visitat el servei d'urgències, i ho han fet un 23,1% dels que mostren el perfil de millor salut (figura 2.38). El percentatge de menors que han utilitzat aquest servei sanitari és més elevat en els que declaren algun trastorn crònic (figura 2.39).

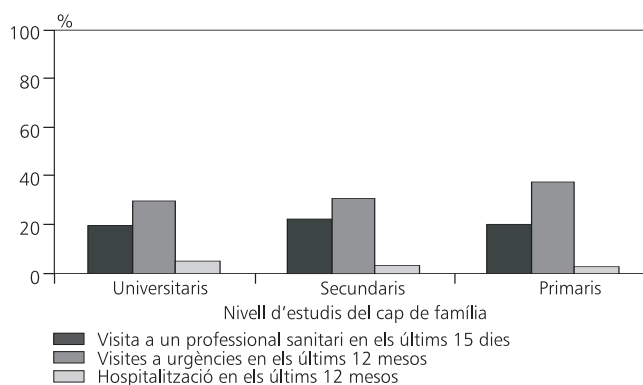
El 3,8% de la mostra ha estat hospitalitzat durant els dotze mesos anteriors a l'entrevista. Els nens de 5-9 anys han presentat una freqüència d'hospitalització (5,5%) superior a la de les nenes de la mateixa edat (2,2%), encara que el nombre de casos (11 nens i 4 nenes) es massa

Figura 2.36. Utilització de serveis sanitaris dels infants de 5-14 anys segons classe social. Barcelona, 2000



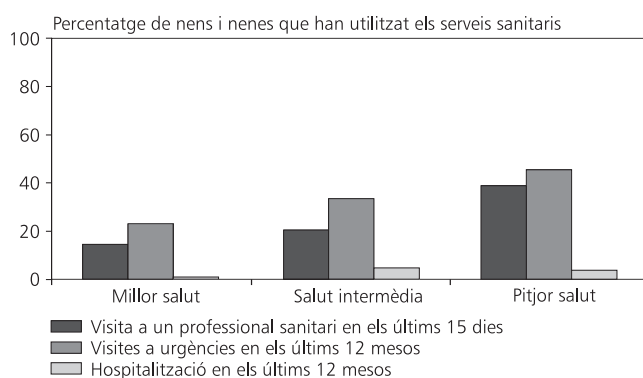
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000. ASPB

Figura 2.37. Utilització de serveis sanitaris dels infants de 5-14 anys segons nivell d'estudis del cap de família. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB

Figura 2.38. Utilització de serveis sanitaris dels infants de 5-14 anys segons els perfils de salut. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

reduït per treure'n conclusions. En el grup de 10-14 anys, les nenes han presentat una prevalença més elevada d'hospitalització (4,5%) que els nens del mateix grup d'edat (3,5%) (taula 2.5). No s'observen diferències en l'hospitalització segons la classe social (figura 2.36). El percentatge d'hospitalització és una mica inferior en els menors de famílies amb nivell d'estudis primaris (figura 2.37).

Els menors que presenten el perfil de més bona salut han estat hospitalitzats en menor proporció que els dels altres perfils (figura 2.38). El 8,2% dels menors que declaren algun trastorn crònic han tingut alguna hospitalització, mentre que han estat hospitalitzats el 2,3% dels que no declaren cap trastorn crònic (figura 2.39).

Atenció primària a la xarxa pública (àrees bàsiques de salut)

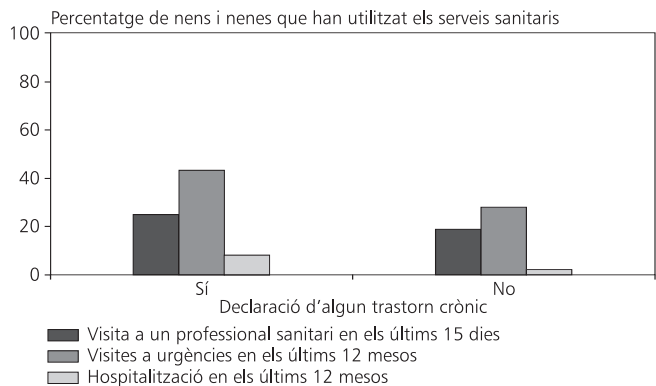
Tal com s'ha comentat al capítol 1, el desembre de l'any 2002 a la ciutat de Barcelona hi ha seixanta-dos equips d'atenció primària (EAP), que representen el 94% de cobertura sobre el total de àrees bàsiques de salut (ABS) previstes (66 ABS).

Les dades d'atenció a la població infantil d'aquest nivell assistencial fan referència als EAP avaluats durant l'any 2002, que van ser cinquanta-dos i es presenten agregades per districte municipal. El volum més gran de població infantil adscrita als EAP analitzats es concentra als districtes de Sant Martí, Nou Barris i Horta-Guinardó (taula 2.6).

Hi ha un pediatre per cada 998 habitants de fins a catorze anys. Els districtes amb un nombre més alt de pediatres per habitant són Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Nou Barris, Gràcia i Horta-Guinardó.

Al conjunt d'EAP es van atendre un total de 91.081 nens i nenes de fins a catorze anys, que representa el 68,2% de la població infantil de referència atesa (figura 2.40). Els districtes municipals on s'ha atès un percentatge de població infantil més elevat han estat: en primer lloc Ciutat Vella (89,3%), seguit de Sant Martí (83,5%), Sant Andreu (82,5%) i Nou Barris (79,6%). D'altra banda, els districtes amb un percentatge de població infantil atesa per sota del global de la ciutat són Gràcia, l'Eixample, Sarrià - Sant Gervasi i les Corts.

Figura 2.39. Utilització de serveis sanitaris dels infants de 5-14 anys segons la declaració d'algun trastorn crònic. Barcelona, 2000



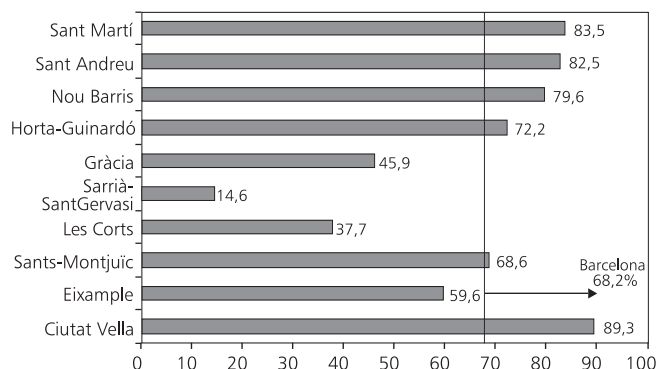
Font: Registre de naixements. ASPB.

Taula 2.6. Població infantil adscrita i habitants per pediatre d'equip d'atenció primària, segons districte municipal. Barcelona, 2002

Districte	Població adscrita de 0-14 anys	Habitants/pediatre*
Ciutat Vella	8.918	686
Eixample	17.088	1.139
Sants-Montjuïc	12.511	768
Les Corts	10.175	1.241
Sarrià - Sant Gervasi	8.312	2.187
Gràcia	5.397	900
Horta-Guinardó	15.313	963
Nou Barris	18.189	858

Font: Encuesta de población activa. Instituto Nacional de Estadística.

Figura 2.40. Percentatge de població infantil atesa als equips d'atenció primària en relació amb la població adscrita segons districte municipal. Barcelona, 2002



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Avaluació i seguiment dels equips d'atenció primària

En total, es van produir 738.927 visites, xifra que representa vuit visites per població infantil atesa al llarg de l'any (figura 2.41). Destaquen Ciutat Vella amb dotze visites l'any, com també Nou Barris, Horta-Guinardó i Sant Andreu que se situen prop de les nou visites.

Atenció pediàtrica hospitalària (segons el registre del CMBDAH)

Amb la informació procedent del registre d'altres hospitalàries (CMBDAH) de l'any 2002 es descriu la patologia atesa amb hospitalització en la població menor de quinze anys resident a la ciutat.

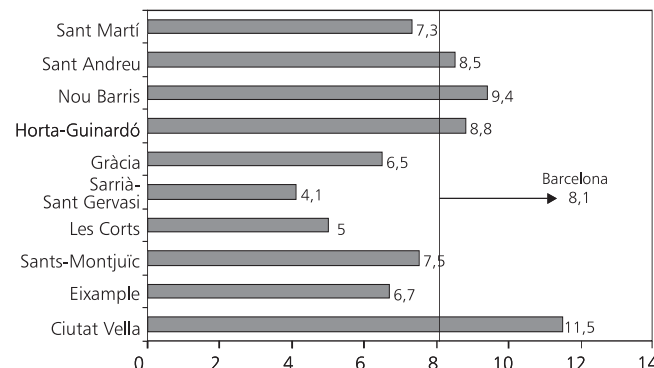
Per fer aquesta descripció, s'han seleccionat les altes de pacients amb de menys de quinze anys segons les altes dels hospitals de la regió sanitària Barcelona Ciutat, però també les altes de pacients de menys de quinze anys residents a Barcelona atesos a hospitals d'altres regions sanitàries.

Durant l'any 2002, en el CMBDAH hi ha registrats 13.465 ingressos de nens i nenes menors de quinze anys residents a Barcelona. A la XHUP de la ciutat n'hi ha registrats 8.691 ingressos. L'Hospital Universitari Vall d'Hebron agrupa gairebé el 44% dels ingressos. A la xarxa pública de fora de la ciutat consten 2.807 ingressos, i l'Hospital de Sant Joan de Déu és el que agrupa més del 90% d'aquests. Finalment, els hospitals privats han registrat 1.967 ingressos, la majoria als hospitals de la ciutat (96%).

El 56,3% van ser nens. La distribució per grups de edat es mostra a la taula 2.7.

Per descriure la patologia atesa, utilitzem la categoria major diagnòstica de l'ingrés i tipus de hospital (taula 2.8), i, pel que fa als cinc diagnòstics i procediments més freqüents per grups de edat, són presentats a les taules 2.9 a 2.12.

Figura 2.41. Visites de medicina i infermeria pediàtrica per població infantil atesa pels equips d'atenció primària. Barcelona, 2002



Inclou les visites al centre d'atenció primària i al domicili.

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Avaluació i seguiment dels equips d'atenció primària

Taula 2.7. Distribució de l'atenció hospitalària per grups d'edat en menors de quinze anys. Barcelona, 2002

Grups d'edat	Freqüència	Percentatge
Menors d'1 any	5.858	43,5
D'1 a 5 anys	3.320	24,7
De 5 a 10 anys	2.229	16,6
De 10 a 15 anys	2.058	15,3
Total	13.465	100

Font: CMBDAH. Consorci Sanitari de Barcelona.

Taula 2.8. Distribució de les altes per categoria major diagnòstica en criatures de menys de quinze anys residents a la ciutat segons titularitat de l'hospital. Barcelona, 2002

Categoria major diagnòstica	Total		XHUP		H. privats	
	n	%	n	%	n	%
Perinatal	2.508	18,6	2.315	20,1	193	9,8
Digestiu	1.607	11,9	1.284	11,2	323	16,4
Respiratori	1.449	10,8	1.218	10,6	231	11,7
ORL	1.377	10,2	1.084	9,4	293	14,9
Musculoesquelètic	879	6,5	783	6,8	96	4,9
Sistema nerviós	798	5,9	728	6,3	70	3,6
Genital masculí	687	5,1	528	4,6	159	8,1
Ronyó /vies urinàries	595	4,4	536	4,7	59	3,0
M. infeccioses/parasitàries	407	3,0	340	3,0	67	3,4
Pell /subcutani /mama	378	2,8	335	2,9	43	2,2
Ull	310	2,3	244	2,1	66	3,4
Circulatori	288	2,1	223	1,9	65	3,3
Tr. mieloprolif.	223	1,7	219	1,9	4	0,2
Hematologia	181	1,3	154	1,3	27	1,4
Endocrí /nutric. /metab.	169	1,3	156	1,4	13	0,7
Lesions /emmetzinaments	156	1,2	145	1,3	11	0,6
Trastorn mental	93	0,7	86	0,7	7	0,4
Hepatobiliar / pancreàtic	42	0,3	33	0,3	9	0,5
Cremades	35	0,3	34	0,3	1	0,1
Genital femení	25	0,2	21	0,2	4	0,2
Sida	11	0,1	11	0,1		
Politraumatitzat	6	0,0	6	0,1		
Embaràs /part	5	0,0	4	0,0	1	0,1
Drogues	3	0,0	2	0,0	1	0,1
Altres causes	1.046	7,8	1.001	8,7	45	2,3
Sense informació	187	1,4	8	0,1	179	9,1

Font: CMBDAH. Consorci Sanitari de Barcelona.

Taula 2.9. Els cinc diagnòstics i els cinc procediments més freqüents en les altes de menors d'un any. Barcelona, 2002

Diagnòstic	n	%	Procediment	n	%
Altres afeccions perinatals	1338	25,9	Una altra teràpia respiratòria	328	6,3
Gestació curta, baix pes en néixer, retard en el creixement fetal	631	12,2	Ultrasò diagnòstic de cap i coll	129	2,5
Bronquitis aguda	440	8,5	Intubació respiratòria i ventilació mecànica	85	1,6
Altres anomalies congènites	211	4,1	Examen microscòpic		
Infeccions de vies urinàries	180	3,5	(sembla bacteriana, cultiu, toxicologia)	69	1,3
			Electroencefalograma	54	1,0

Font: CMBDAH. Consorci Sanitari de Barcelona.

Taula 2.10. Els cinc diagnòstics i els cinc procediments més freqüents en les altes de nens d'1-4 anys. Barcelona, 2002

Diagnòstic	n	%	Procediment	n	%
Amigdalitis aguda i crònica	204	7,6	Amigdalectomia i/o adenoïdectomia	200	7,5
Pneumònia (excloent-ne per tuberculosi i MTS)	168	6,3	Una altra teràpia respiratòria	145	5,4
Altres trastorns genitals masculins	162	6,0	Circumcisió	138	5,2
Bronquitis aguda	161	6,0	Reparació d'hèrnia inguinal i femoral	72	2,7
Epilèpsia, convulsions	128	4,8	Altres procediments terapèutics, òrgans genitals masculins (a sala d'operacions)	58	2,2

Font: CMBDAH. Consorci Sanitari de Barcelona.

Taula 2.11. Els cinc diagnòstics i els cinc procediments més freqüents en les altes de nens de 5-9 anys. Barcelona, 2002

Diagnòstic	n	%	Procediment	n	%
Amigdalitis aguda i crònica	182	9,7	Amigdalectomia i/o adenoïdectomia	183	9,8
Altres trastorns genitals masculins	138	7,4	Circumcisió	119	6,4
Otitis mitjana i afeccions relacionades	76	4,1	Apendicectomia	68	3,6
Fractura d'extremitat superior	72	3,8	Quimioteràpia per al càncer	66	3,5
Lesió intracranial	72	3,8	Meringotomia	53	2,8

Font: CMBDAH. Consorci Sanitari de Barcelona.

Taula 2.12. Els cinc diagnòstics i els cinc procediments més freqüents en les altes de nens de 10-15 anys. Barcelona, 2002

Diagnòstic	n	%	Procediment	n	%
Apendicitis i altres afeccions apendiculars	171	8,3	Apendicectomia	167	8,1
Altres trastorns genitals masculins	99	4,8	Altres procediments terapèutics	76	3,7
			òrgans genitals masculins (a sala d'operacions)	76	3,7
Fractura d'extremitat superior	80	3,9	Circumcisió	66	3,2
Lesió intracranial	76	3,7	Una altra radiologia diagnòstica i tècniques relacionades	64	3,1
Dolor abdominal	75	3,6	Escissió de lesió cutània	57	2,8

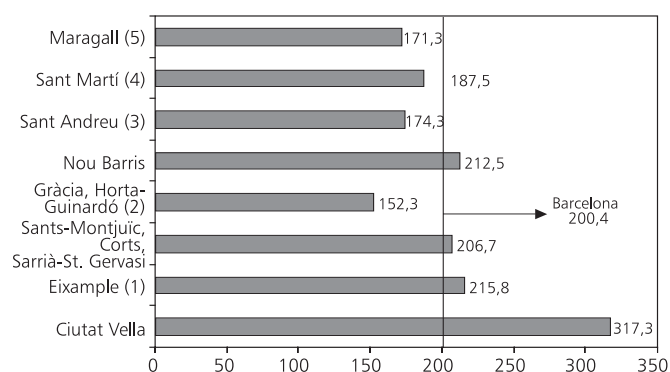
Font: CMBDAH. Consorci Sanitari de Barcelona.

2.2.3. Serveis de salut sexual i reproductiva per a joves

Pel que fa a la utilització dels serveis ASSIR en població jove, l'any 2002 els serveis ASSIR han atès 17.421 joves de menys de vint-i-cinc anys, el 99% dels quals són dones. Aquest volum de població jove representa l'11,1% del total de població atesa.

Els districtes de Ciutat Vella, l'Eixample i Nou Barris són els que presenten les taxes d'utilització en dones joves més elevades (figura 2.42).

Una de les poblacions que té un interès sanitari especial i que és objecte d'intervencions preventives són els joves de vint anys i menys. L'any 2002, 2.752 joves han participat en sessions de grups on han rebut informació relacionada amb la salut sexual i reproductiva. D'altra banda, els serveis ASSIR van efectuar 2.551 tractaments anticonceptius d'emergència. Actualment no disposem informació sobre el perfil i les característiques de la població que va rebre aquests tractaments, però un dels col·lectius que habitualment generen més demanda és el de la població jove.

Figura 2.42. Taxa de població atesa als serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva, per cada 1.000 dones del grup d'edat de 15-24 anys per districte municipal o agrupació de districtes. Barcelona, 2002

(1) Inclou informació de la 3B

(2) No conté les dades referents a la 7G (dades de l'any 2001)

(3) No conté les dades referents a la 9C

(4) No conté les dades de la 10A, 10E i 10F

(5) Incorpora la informació referent a la 7G, 9C, 10E i 10F

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Atenció i seguiment dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

2.3. Vacunació infantil

Des de l'any 1973, hi ha establert a Barcelona el Pla de vacunació continuada, que és complementat periòdicament amb enquestes poblacionals que permeten conèixer la cobertura en les criatures de les quals no s'ha rebut la targeta de notificació corresponent. En aquest sentit, la darrera enquesta poblacional feta l'any 1997 va mostrar que la cobertura vacunal a la ciutat oscil·lava entre el 93,7 i el 99,7%. A la taula 2.13 es recull l'evolució del percentatge de vacunació notificada entre el 1994 i el 2002.

D'altra banda, l'any 2002 es va fer un estudi específic sobre la població atesa al centre de vacunacions de l'ASPB, tot comparant la població nascuda al nostre país i la població immigrada. El total de persones ateses en aquest període va ser de 16.436, 1.906 de les quals havien nascut fora d'Espanya (12%). Per continents, la distribució va ser la següent: Amèrica, 74%; Europa, 10%; Àfrica, 8%; Àsia, 8%; Oceania, 0,1%. Per països, els percentat-

ges més alts van ser: Equador, 31%; Colòmbia, 9%; Perú, 8%; Argentina, 7%; República Dominicana, 6%; Marroc (5%).

2.4. Morbimortalitat maternoinfantil

2.4.1. Mortalitat materna

Aquest paràmetre és un dels que han experimentat un descens més important durant l'últim segle. En la actualitat, la mort d'una dona per malalties o complicacions relacionades directament amb l'embaràs és un succés molt poc freqüent. A la taula 2.14 es presenta el nombre de casos recollits a Barcelona entre els anys 1996 i 2002. La taxa aproximada es pot estimar entre 5 i 8 per 100.000 naixements, no gaire allunyada de la taxa en països del nostre entorn.

2.4.2. Morbiditat materna

En aquest apartat es presenta la informació sobre les vuit malalties cròniques més freqüents de les gestants recollida pels controls del REDCB (taula 2.15).

Taula 2.13. Evolució de la cobertura vacunal (notificada) a la ciutat de Barcelona

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
T-1 als 2 anys	81,0	83,1	81,5	82,0	80,0	79,3	75,4	75,1	73,3
T-1 als 4 anys	82,6	83,5	82,6	82,9	82,4	82,7	74,5	74,1	74,0
T-2 als 2 anys	64,3	66,1	64,5	64,8	62,8	60,7	63,7	54,9	56,4
T-2 als 4 anys	69,4	71,6	69,9	69,9	69,3	70,8	64,2	62,1	64,6

T1: primovacunació DTP + pòlio. T2: dosi record DTP + pòlio i 1a dosi TV.
Font: Registre de vacunacions. ASPB.

Taula 2.14. Morts maternes. Barcelona, 1996-2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Global
Total casos*	2 (1)	0	4 (0)	4 (0)	1 (1)	2 (0)	2 (0)	15 (2)
Casos residents a Barcelona*	1 (1)	0	2 (0)	2 (0)	1 (1)	1 (0)	0	7 (2)

* Entre parèntesis figuren les dones immigrants.
Font: REDCB. ASPB.

Taula 2.15. Malalties cròniques de les gestants. Barcelona, 1992-2002

Malalties cròniques	n	Per 1.000 gestants
Diabetis	11	4,6
Epilèpsia	13	5,5
HTA	28	11,8
Cardiopatía	22	9,2
Asma	69	29,0
Malaltia crònica renal	34	14,3
Malaltia crònica de la tiroide	42	17,7
Càncer	15	6,3

Font: Controls del REDCB. ASPB.

Probablement, aquestes taxes són infravalorades, ja que els controls del REDCB són gestacions que han acabat amb el naixement d'una criatura sana i algunes d'aquestes malalties s'associen amb productes de la gestació no representats a la mostra, com ara els avortaments espontanis o els fetus amb defectes congènits (diabetis, epilèpsia, etc.). A més, algunes d'aquestes malalties, com ara la hipertensió arterial o la diabetis, tenen més possibilitat de passar desapercebudes que d'altres.

Respecte a la diabetis, a més de les 11 mares diabètiques, s'han registrat 283 dones que han desenvolupat una diabetis gestacional en aquest període, xifra que representa prop del 12% de les gestants.

2.4.3. Mortalitat infantil

Encara que la mortalitat infantil a la ciutat de Barcelona està en uns nivells gaire baixos, podem observar una certa davallada durant el període observat, sobretot en funció de la mortalitat neonatal precoç i de la mortalitat postneonatal (taula 2.16), probablement per una millora del diagnòstic prenatal (i posterior IVE) d'anomalies congènites i a causa de certs avenços en les cures mèdiques dels nadons malalts. La taxa de mortalitat perinatal es manté bastant estable al llarg del període (taula 2.17).

Pel que fa a les causes, el grup més nombrós és el de les afeccions del període perinatal, amb un 54% del total de la mortalitat infantil (taula 2.18) i un 85% de la mortalitat perinatal (taula 2.19). El segueix el grup dels defectes congènits, amb un 23% de la mortalitat infantil (taula 2.18) i un 12% de la perinatal (taula 2.19).

Taula 2.16. Evolució de la mortalitat infantil, neonatal precoç, neonatal tardana i postneonatal. Taxes per 1.000 nascuts vius. Barcelona 1990-2001

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Neonatal precoç	3,8	2,9	3,4	3,0	2,3	1,6	3,1	2,6	1,9	2,2
Neonatal tardana	0,8	1,3	0,6	0,7	0,3	0,6	1,4	1,0	1,1	0,6
Postneonatal	2,3	1,7	2	1,0	0,8	1,8	1,8	1,3	1,0	0,8
Total (mort. infantil)	6,9	5,9	6	4,7	3,4	4,0	6,3	4,9	4,1	3,6

Font: Registre de mortalitat. ASPB.

Taula 2.17. Evolució de la mortalitat perinatal. Taxes per 1.000 nascuts. Barcelona 1990-2001

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Estadístiques nacionals ≥ 500 g	10,1	6,4	8,6	7,6	8,0	7,2	7,6	6,7	7,3	7,3
Estadístiques internacionals ≥ 1.000 g	6,9	4,2	6,8	5,6	5,8	5,1	3,9	4,2	4,7	4,9

Font: Registre de mortalitat. ASPB.

Taula 2.18. Principals causes de mortalitat infantil segons sexe. Barcelona 1997-2001

	Nens		Nenes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Malalties del sistema nerviós	4	2,4	4	3,6	8	2,9
Malalties de l'aparell respiratori	8	4,8	1	0,9	9	3,2
Defectes congènits del cor i aparell circulatori	10	6,0	15	13,4	25	9,0
Altres defectes congènits	20	12,0	19	17,0	39	14,0
Total defectes congènits	30	18,0	34	30,4	64	22,9
Fetus afectat per complicacions obstètriques	19	11,4	13	11,6	32	11,5
Traumatisme al naixement	3	1,8	7	6,3	10	3,6
Hipòxia i asfíxia	26	15,6	16	14,3	42	15,1
Altres afeccions període perinatal	45	29,6	23	20,5	68	24,4
Total afeccions període perinatal	93	55,7	59	52,7	152	54,5
Síntomes mal definits	8	4,8	2	1,8	10	3,6
Causes externes	5	3,0	2	1,8	7	2,5
Altres causes	18	10,8	7	6,3	25	9,0
No consta causa	1	0,6	3	2,7	4	1,4
Total	167	100	112	100	279	100

Font: Registre de mortalitat. ASPB.

Taula 2.19. Principals causes de mortalitat perinatal segons basades en les estadístiques nacionals (≥ 500 g) segons sexe. Barcelona 1998-2002

	Nens		Nenes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Anencefàlia	1	0,4	5	2,6	7	1,6
Defectes congènits del cor i aparell circulatori	5	2,1	7	3,6	12	2,7
Altres defectes congènits	21	8,8	11	5,6	34	7,7
Total defectes congènits	27	11,3	23	11,8	53	12,0
Fetus afectat per malalties mare	44	18,5	38	19,4	82	18,6
Alteracions placenta, cordó o membranes	103	43,3	86	43,9	190	43,1
Prematuritat	17	7,1	9	4,6	26	5,9
Hipòxia i asfíxia	6	2,5	5	2,6	11	2,5
Afeccions aparell respiratori	12	5,0	15	7,7	27	6,1
Infeccions del període perinatal	3	1,3	5	2,6	8	1,8
Altres afeccions període perinatal	19	9,0	12	6,1	31	7,0
Total afeccions període perinatal	204	85,7	170	86,7	375	85,0
Altres causes	7	2,9	3	1,5	13	2,9
Total	238	54,0	196	44,4	441	100,0

*Si el total de casos no correspon a la suma de casos de nens i nenes, és a causa dels casos on no consta el sexe.
Font: Registre de mortalitat perinatal. ASPB.*

2.4.4. Morbiditat infantil

El conjunt de malalties infantils és molt ampli. No podem abordar-lo en tota la seva complexitat a causa de la seva extensió. En aquest apartat ens centrarem en tres problemes de la salut infantil: les malalties infeccioses de declaració obligatòria, els defectes congènits i els accidents de trànsit.

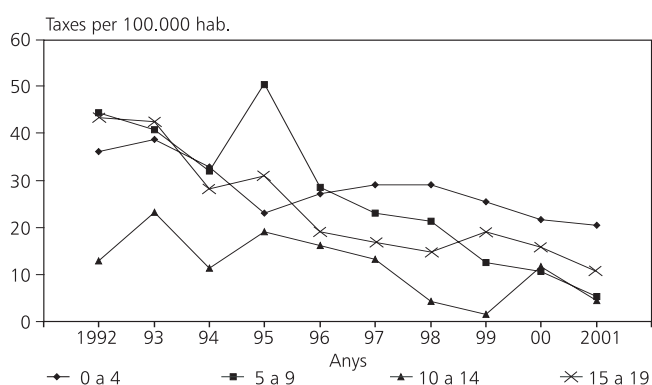
Malalties de declaració obligatòria (MDO) dels infants

Tuberculosi

Els grups d'edat infantil (fins a 14 anys) són els que presenten les taxes més baixes de tuberculosi, a la ciutat de Barcelona. A més, encara que durant l'última dècada tots els grups presenten una davallada de la incidència, és més marcada en els menors de catorze anys (figura 2.43).

L'any 2001 s'han diagnosticat setze casos de TBC en menors de quinze anys, de manera que s'observa una disminució del 38,5% respecte al 2000. El 68,8% dels casos era de sexe femení. Dels setze casos, un 18,8% (tres casos) eren immigrants (un del Pakistan, un del Marroc i un de la Xina).

Segons la localització anatòmica, onze casos corresponen a localitzacions de l'aparell respiratori exclusivament, i tres a formes extrapulmonars. No s'ha registrat cap cas de meningitis tuberculosa en els darrers vuit anys.

Figura 2.43. Evolució de la taxa de tuberculosi per grups d'edat. Barcelona 1992-2001

Font: Registre de tuberculosi. ASPB.

Taula 2.20. Taxa d'hepatitis A per grups d'edat infantil. Barcelona, 2001

Edat	Declaracions	Taxa específica per 100.000
Menys d'1 any	-	-
1-4 anys	4	9,07
5-9 anys	3	5,34
10-19 anys	2	2,93

Font: Registre de MDO. ASPB.

Hepatitis A

El grup d'edat amb més gran incidència d'hepatitis A a Barcelona durant l'any 2002 ha estat el d'1-4 anys (taula 2.20). El nombre de casos ha disminuït respecte als anys anteriors.

Meningitis

Els grups d'edat que presentaven la taxa més elevada de meningitis a Barcelona l'any 2001 són els menors de deu anys (taula 2.21). Aquest any el nombre de casos ha disminuït respecte a l'any anterior. El tipus clínic més freqüent ha estat el de meningitis asèptica. S'ha identificat el germen en el 76% dels casos, i el serogrup B és el més freqüent. La letalitat de la malaltia ha estat del 5,2%, i la curació s'ha comprovat en el 92% dels casos.

Defectes congènits

La taula 2.22 recull les taxes de defectes congènits en nadons vius i morts. Com podem veure, els casos en nadons morts representen el 3% del total. Tanmateix, la taxa en nadons morts (12,4%) és 6,3 vegades més elevada que en nadons vius (2,0%). La prevalença és bastant estable, i les petites variacions són degudes a l'evolució de la cobertura i la qualitat del diagnòstic prenatal.

Dels 2.808 casos detectats en el període 1992-2002, 2.042 (el 73%) són nadons i 743 (el 27% restant), productes d'IVE (figura 2.44).

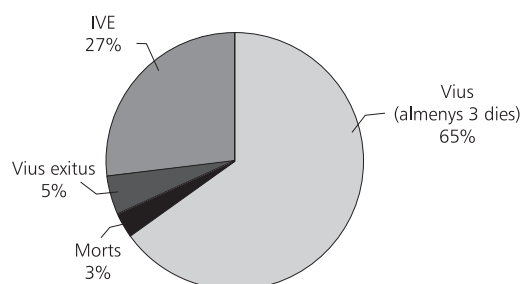
Els casos amb defectes congènits es concentren als centres de referència, hospitals més ben dotats per tractar tant els embarassos de risc, com els fetus amb defectes congènits o sospites diagnosticades prenatalment. Així doncs, la distribució dels casos en les diferents maternitats de Barcelona no segueix la distribució dels naixements, per la qual cosa la taxa de defectes congènits és molt més elevada (quasi quatre vegades més) als set centres de referència que a la resta de disset maternitats de la ciutat (figura 2.45).

Taula 2.21. Taxa de meningitis per grups d'edat. Barcelona, 2001

Edat	Declaracions	Taxa específica per 100.000
Menys d'1 any	2	18,30
1-4 any	6	13,60
5-9 any	8	14,23
10-19 any	5	5,69

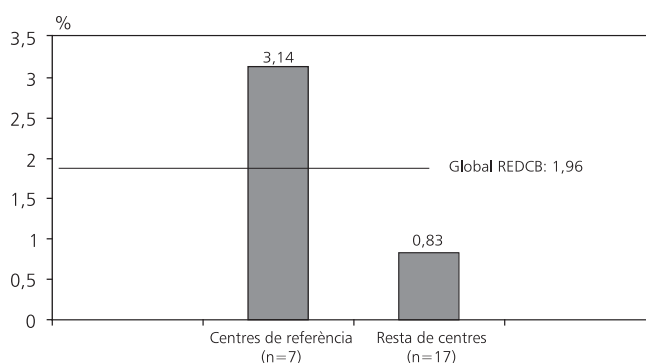
Font: Registre de MDO. ASPB.

Figura 2.44. Distribució dels casos amb defectes congènits segons supervivència. Barcelona, 1992-2002



Font: Casos del REDCB. ASPB.

Figura 2.45. Taxa de defectes congènits als centres de referència i a la resta. Barcelona, 1992-2002



Font: REDCB. ASPB.

Taula 2.22. Naixements i taxes de defectes congènits en els diferents tipus de producte de la gestació (nadons vius i morts). Barcelona, 1992-2002

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Global
Naixements												
Nadons vius ¹	13440	12735	12600	12196	12014	12249	11687	12329	12656	12687	13059	137684
Morts prenatals	88	47	65	55	71	70	58	49	68	70	61	702
Global	13528	12782	12665	12251	12085	12319	11745	12378	12724	12757	13120	138386
Casos amb DC (taxa %)												
Nadons vius ¹	215(1,6)	247(1,9)	250(2,0)	223(1,8)	213(1,8)	250(2,0)	238(2,0)	307(2,5)	253(2,0)	264(2,1)	261(2,0)	2721(1,98)
Morts prenatals	8(9,1)	7(14,8)	8(12,3)	10(18,2)	5(7,0)	8(11,4)	7(12,1)	7(14,3)	10(14,7)	9(12,9)	8(13,1)	87(12,39)
Global	223(1,6)	254(2,0)	258(2,0)	233(1,9)	218(1,8)	258(2,1)	245(2,1)	314(2,5)	263(2,1)	273(2,1)	269(2,1)	2808(2,03)

1. Inclou productes d'IVE per DC.

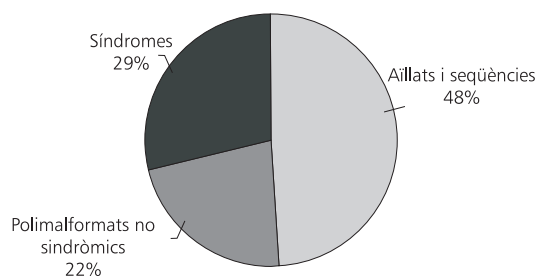
Font: REDCB, Registre de mortalitat perinatal i Registre de naixements. ASPB.

Un 49% dels casos presenten només un defecte congènit o una seqüència, un 22% tenen un quadre de defectes múltiples en el qual no s'ha pogut identificar una síndrome i el 29% restant són síndromes, la majoria anomalies cromosòmiques (figura 2.46).

S'ha seleccionat una sèrie de vint-i-quatre defectes congènits entre els més greus i freqüents. El seu nombre (separats en nadons i IVE) i taxes figuren a la taula 2.23.

La taula 2.24 recull la distribució de casos (nadons i IVE) i taxes de síndrome de Down per edat materna.

Figura 2.46. Distribució dels casos amb defectes congènits per tipus de quadre clínic. Barcelona, 1992-2002



Font: Casos del REDCB. ASPB.

Taula 2.23. Nombre i taxa dels principals defectes congènits. Barcelona, 1992-2002

Defectes	Nadons	IVE	TOTAL	Taxa per 10.000
Anencefàlia	9	53	62	4,5
Espina bífida	23	33	56	4,0
Encefalocèle	5	7	12	0,9
Hidrocefàlia	49	75	124	9,0
An/microftàlmia	13	6	19	1,4
Cataractes	5	1	6	0,4
Micròtia	9	2	11	0,8
Hipoplàsia cor esquerre	13	16	29	2,1
Transposició de grans vasos	59	8	67	4,8
Anomalies cardiovasculars (global)	864	174	1038	75,0
Fenedura palatina (- fened. labial)	45	5	50	3,6
Fenedura labial (+/- fened. palatina)	60	18	78	5,6
Atrèsia d'esòfag /fístula T-E	27	7	34	2,5
Atrèsia o estenosi de budell prim	21	1	22	1,6
Atrèsia o estenosi d'anus/recte	24	4	28	2,0
Hipospàdies	121	4	125	9,0
Agenèsia / hipoplàsia renal	46	21	67	4,8
Displàsia renal cística	31	25	56	4,0
Polidactília preaxial	20	1	21	1,5
Reducció de membres	54	18	72	5,2
Hèrnia diafragmàtica	36	14	50	3,6
Omfalocèle	20	22	44	3,2
Gastròsquisi	10	5	15	1,1
Deformatats peus	143	47	190	13,7

Font: Casos del REDCB. ASPB.

Taula 2.24. Distribució del nombre de casos i de les taxes globals de síndrome de Down per grups quinquennals d'edat materna. Barcelona, 1992-2002

Edat materna	Nadons	IVE	TOTAL	Taxa per 1.000	% del total
<20 a.	1	1	2	1,0	0,6
20-24 a.	3	5	8	0,9	2,5
25-29 a.	17	17	34	0,9	10,7
30-34 a.	25	52	77	1,3	24,1
35-39 a.	29	111	140	5,2	43,9
40-44 a.	12	42	54	12,9	16,9
45 a. i més	—	4	4	21,1	1,3
NE	4	1	5	—	—
Total	91	233	324	2,3	100

Font: Casos del REDCB. ASPB.

Taula 2.25. Detecció prenatal de cromosomopaties i IVE. Barcelona, 1992-2002

	TOTALCROMOSOMOPATIES	DP × PI (%) ¹	IVE (%) ²
Edat materna < 35	272	191 (70)	172 (90)
Edat materna ≥35	347	279 (80)	245 (88)
GLOBAL	619	470 (76)	417 (89)

1. Percentatges calculats sobre el total de cromosomopaties.

2. Percentatges calculats sobre el total de cromosomopaties detectades prenatalment.

Font: Casos del REDCB. ASPB.

Detecció prenatal de defectes congènits i IVE

Detecció prenatal de cromosomopaties mitjançant proves invasives

El REDCB ha enregistrat un total de 619 anomalies cromosòmiques durant el període 1992-2002, un 56% de mares amb trenta-cinc anys o més, i un 44% de mares de menys de trenta-cinc anys. Del total, 470 (el 76%) han estat diagnosticades mitjançant una prova invasiva, 279 de les quals foren producte de mares de trenta-cinc anys o més, i 191, de mares de menys de trenta-cinc anys (taula 2.25).

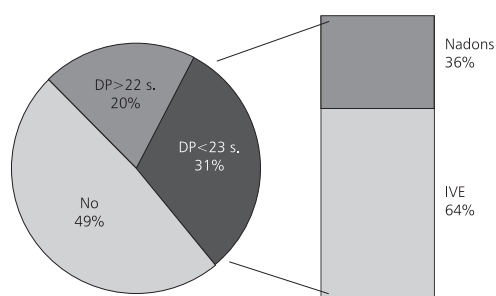
El 89% de les cromosomopaties detectades prenatalment (417 de 470) han acabat en una IVE.

Detecció prenatal ecogràfica

La sensibilitat global (la proporció de casos detectats per ecografia en qualsevol moment de la gestació) ha estat del 51%, amb una clara tendència d'augment durant el període (el 42% en els anys 1992-1993, i per sobre del 50% a partir del 1996). Del total, un 20% van ser detectats després de la 22a setmana, i el 31% restant, abans de la 23a. D'aquests últims, un 64% van acabar en una IVE i el 36% restant van ser nadons (figura 2.47).

Accidents de trànsit

Els accidents de trànsit representen un problema de salut pública de grans dimensions en totes les societats, i els infants i adolescents també en són víctimes. Als països desenvolupats, les lesions per accidents de trànsit representen la setena causa de mortalitat en el grup d'edat de fins a quatre anys, i la primera en el grup de 5-14 anys. Per altra banda, els accidents de trànsit provoquen un nombre important de discapacitats. Als països desenvolupats, suposen la novena causa de càrrega de morbiditat en el grup de fins a quatre anys i la primera en el de 5-14 anys.

Figura 2.47. Detecció ecogràfica prenatal de defectes congènits segons setmana de gestació i IVE. Barcelona, 1992-2002

Font: Casos del REDCB. ASPB.

Segons les diferents fonts d'informació, entre un 8 i un 10% de les més de setze mil visites de lesionats cada any per accidents de trànsit a Barcelona són menors de divuit anys.

D'altra banda, la cobertura d'utilització de mesures de seguretat no és completa i varia segons l'edat i el vehicle en què es viatja. Pel que fa a la utilització del cinturó de seguretat i els sistemes de retenció infantil, sembla que l'ús d'aquest és bastant freqüent en els infants més petits, però disminueix a mesura que augmenta l'edat. Segons l'Enquesta de salut de Barcelona del 2000, el 67% dels enquestats que havien portat criatures menors de cinc anys van informar que sempre els havien portat amb sistema de retenció infantil; el 23%, ocasionalment, i el 10%, mai. Un estudi observacional del Reial Automòbil Club de Catalunya (RACC) sobre l'ús de sistemes de retenció infantil a quatre ciutats espanyoles va posar de manifest que el 39,2% dels infants de fins a sis anys que circulen cada dia per Barcelona no fan servir cap sistema de retenció o el fan servir incorrectament. En el mateix estudi, es va constatar que entre els més petits l'ús de cadiretes de seguretat està més estès (77,8%); en canvi, disminueix de manera alarmant a partir dels tres anys (12,2% de 3-6 anys). En canvi, l'ús del casc a la ciutat de Barcelona sembla bastant generalitzat.

Amb petites oscil·lacions segons els anys, el 0,8% tenen 5 anys o menys, i el 2%, de sis a tretze. Entre el 1997 i el 2002, es van atendre als serveis d'urgència de Barcelona 5.320 infants i adolescents residents menors de divuit anys lesionats per accidents de trànsit, un terç dels quals eren noies. El 9,1% (485) tenien cinc anys o menys; el 21,1% (1.124), entre sis i tretze, i el 69,8 (3.711), entre catorze i disset (figura 2.48). Fins als tretze anys, la proporció de noies era més gran que la de nois, i en canvi a partir dels catorze hi han més nois lesionats que noies.

La major part dels lesionats van ser donats d'alta (87%), però un 8% van ser ingressats i un 3% traslladats a un altre hospital (figura 2.49). Dos infants van morir en entrar o durant l'estada a urgències (una nena d'un any i un noi de catorze).

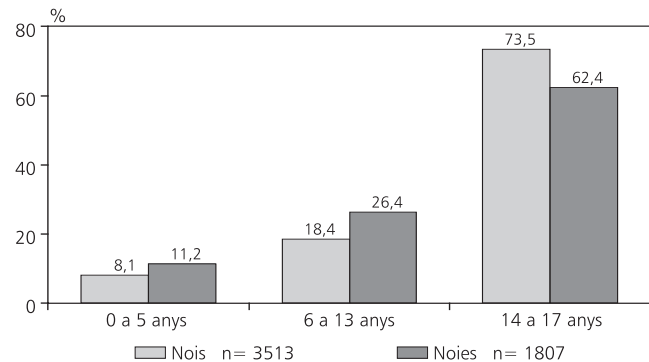
La informació relativa al vehicle només està disponible per al 56% dels episodis. D'aquests, en conjunt més d'un terç (36,1%) dels lesionats menors de divuit anys van ser vianants atropellats, i prop d'un quart, usuaris de ciclomotors (26,4%) o de turismes (23,9%). La resta eren usuaris de motocicletes (12,2%) o d'altres vehicles (1,4%).

La distribució del vehicle implicat a l'accident era diferent segons el grup d'edat (figura 2.50). Entre els més petits (0-5 anys) i els mitjans (6-13 anys), la majoria eren vianants atropellats, i en segon lloc usuaris de turisme. Entre els més grans (14-17 anys), gairebé la meitat dels lesionats eren usuaris de ciclomotors, i quasi un de cada cinc, usuaris de motocicletes. En aquest grup disminueix de forma notable la proporció de lesionats viatjant en un turisme o atropellats, respecte als grups anteriors.

En tots els grups d'edat, tot i que globalment segueixen la mateixa distribució, s'observen diferències per sexe. En tots els grups d'edat es van produir més lesions usuàries de turisme que usuaris, i, en els menors de catorze anys, més nois atropellats que noies. En el grup dels més grans, destaca una més gran proporció de nois lesionats en motocicletes i ciclomotors que de noies (figura 2.51).

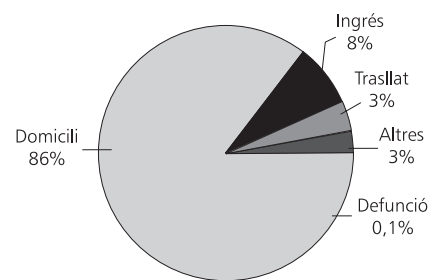
Globalment, i considerant només els episodis dels quals es disposa d'informació (49% dels episodis), conduïen el vehicle el 5,5% dels usuaris de turismes, el 62,3% dels usuaris de motocicletes i el 73,5% del usuaris de ciclomotor.

Figura 2.48. Distribució dels infants i adolescents de fins a disset anys lesionats per accident de trànsit per edat i sexe. Barcelona, 1997-2002



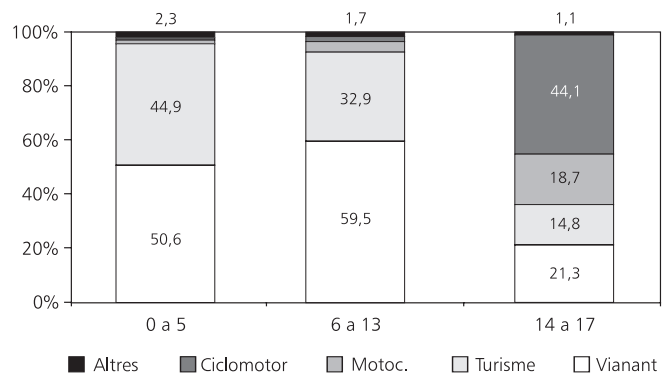
Font: DUHAT. ASPB.

Figura 2.49. Distribució dels infants lesionats de fins a disset anys segons destí a l'alta. Barcelona, 1997-2002



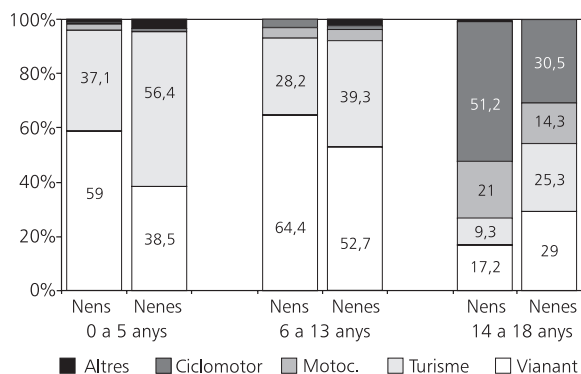
Font: DUHAT. ASPB.

Figura 2.50. Distribució dels infants lesionats de fins a disset anys segons vehicle i grup d'edat. Barcelona, 1997-2002



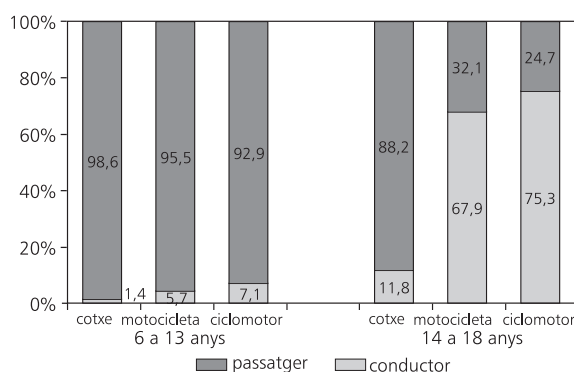
Font: DUHAT. ASPB.

Figura 2.51. Distribució dels infants lesionats de fins a disset anys segons vehicle, sexe i grup d'edat. Barcelona, 1997-2002



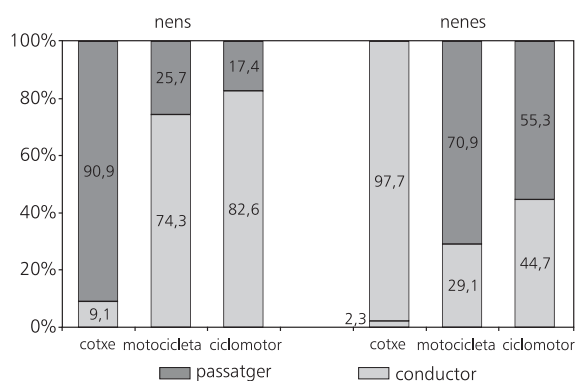
Font: DUHAT. ASPB.

Figura 2.52. Posició respecte al vehicle en els infants lesionats de sis a disset anys segons grup d'edat i vehicle. Barcelona, 1997-2002



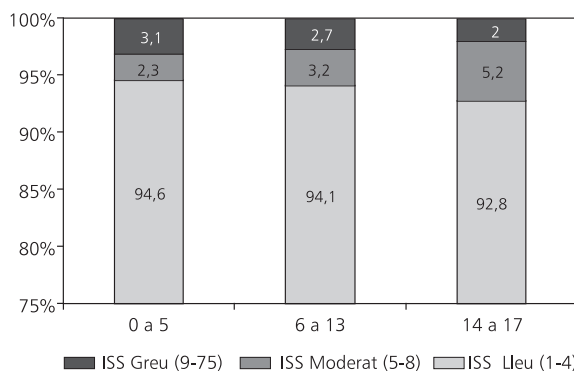
Font: DUHAT. ASPB.

Figura 2.53. Posició respecte al vehicle en els infants lesionats de fins a disset anys segons el sexe del lesionat. Barcelona, 1997-2002



Font: DUHAT. ASPB.

Figura 2.54. Gravetat de les lesions en els infants de fins a disset anys segons grup d'edat. Barcelona, 1997-2002



Font: DUHAT. ASPB.

Com era d'esperar, la majoria dels conductors pertanyen al grup d'edat de catorze a disset anys (figura 2.52). Tot i així, destaca el nombre de lesionats menors de catorze anys conductors de motocicletes (5,7%) o ciclomotors (7,1%) i l'11,8% dels lesionats de catorze a divuit anys que eren conductors de cotxe.

Per sexe també s'observen diferències. Per a tots els vehicles, les noies viatjaven amb més freqüència com a passatgeres que com a conductores (figura 2.53).

La major part de les lesions van ser lleus (93,3%); el 4,5%, moderades, i el 2,2%, greus. A mesura que augmenta l'edat, augmenta també la proporció d'infants i adolescents amb lesions moderades i greus (figura 2.54).

Respecte a les mesures de seguretat, en conjunt el 62,2% de les víctimes usuàries de turisme portaven el cinturó de seguretat en el moment de l'accident, i el 98,1% dels usuaris de vehicles de dues rodes amb motor portaven el casc.

Per grups d'edat, veiem que l'ús del cinturó de seguretat disminueix en el grup de sis a tretze anys respecte als més petits, i torna a augmentar en el grup dels més grans. Totes les víctimes menors de catorze anys que circulaven amb vehicles de dues rodes portaven casc, i en canvi un 2% del grup de catorze a disset anys no en duïen (figura 2.55).

2.5. La salut percebuda en menors de quinze anys (5-14 anys)

Dels 1.197 menors de quinze anys entrevistats a l'Enquesta de salut de Barcelona del 2000 (ESB-2000), 836 corresponien als de 5-14 anys; d'aquests, el 51,4% eren nens. La distribució de la classe social i el nivell d'estudis del cap de família és homogènia (el 30,6% de la mostra pertany a les classes més benestants, I-II, i el 33,5%, a les classes més desfavorides, IV-V; així mateix, un 38,2% ha declarat tenir un nivell d'estudis universitaris, i el 29,1%, estudis primaris o inferiors). Els informadors indirectes, majoritàriament la mare, han declarat algun trastorn crònic en el 26,5% dels menors.

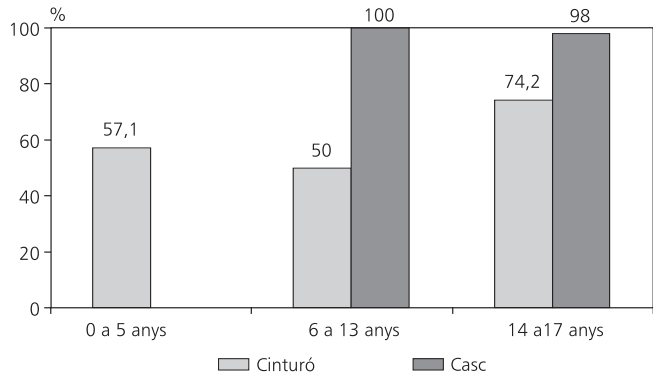
El 19% dels menors de 5-14 anys presenten el perfil de millor salut i un 7% el de pitjor salut. El grup d'edat de 10-14 anys presenten una proporció lleugerament superior de perfil de més mala salut en relació amb els de 5-9 anys (el 7,9%, enfront del 5,6%).

No hi ha diferències en relació amb el sexe dins de cada grup d'edat, amb un 8% de les noies i un 7,4% dels nois adolescents que presenten un perfil de més mala salut. El percentatge de noies que presenten un perfil de més bona salut (17,0%) és inferior al que presenten els nois (20,1%) (figura 2.56). En el grup de 5-9 anys, els percentatges dels perfils de més bona salut i de més mala salut són superiors en les nenes. Així doncs, el 22% de les nenes presenten el perfil de més bona salut, mentre que només el 15,5% dels nens presenten aquest perfil (figura 2.57).

No s'observen diferències en la proporció dels perfils de més mala salut i de més bona salut segons la classe social del cap de família, tot i que el percentatge de perfil de més mala salut és més alt en els menors de classe social IV-V (figura 2.58). En relació amb el nivell d'estudis del cap de família, el perfil de més mala salut presenta un més alt percentatge quan el nivell d'estudis del cap de família és primari (el 9,1%) i secundari (el 7,6%), que quan és de nivell universitari (el 3,9%) (figura 2.59).

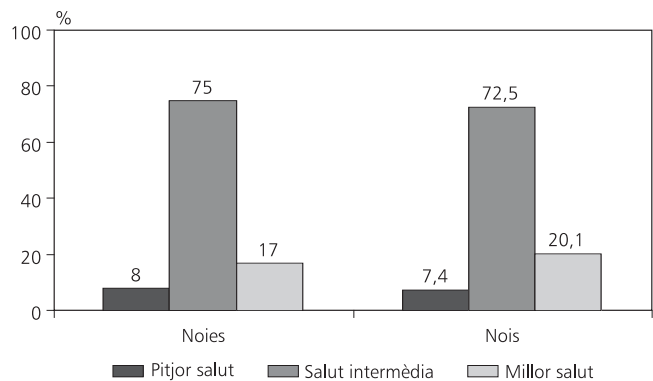
La declaració d'algun trastorn crònic està relacionada amb una proporció més alta de perfil de més mala salut (l'11,2%, enfront del 5,1%),

Figura 2.55. Utilització del cinturó de seguretat i del casc en les víctimes d'accident de trànsit a Barcelona de fins a disset anys. Barcelona, 1997-2002



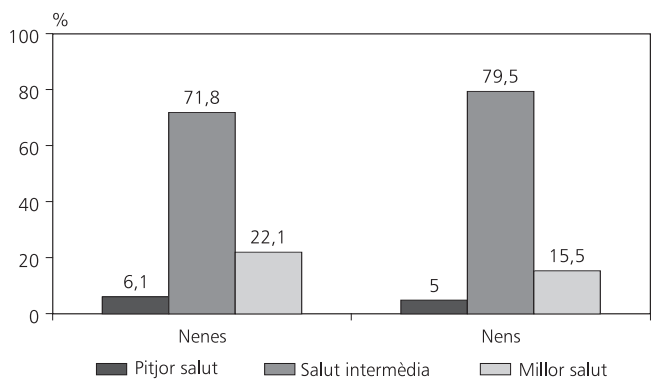
Font: GUB 2001.

Figura 2.56. Perfils de salut en noies i nois de 10-14 anys (en percentatge). Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

Figura 2.57. Perfils de salut segons el sexe en nenes i nens de 5-9 anys (en percentatge). Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

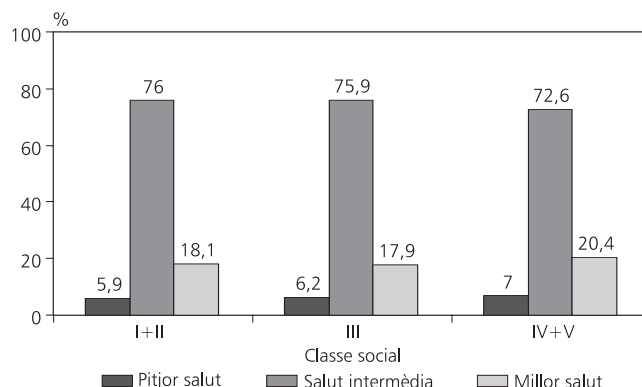
i més baixa de perfil de més bona salut (el 12,1%, enfront del 21,6%), respecte als menors que no declaren cap trastorn crònic.

La figura 2.60 mostra la distribució dels perfils segons la declaració d'algun trastorn crònic, l'edat i el sexe. La diferència més important s'observa en les noies adolescents que declaren algun trastorn crònic, on la prevalença del perfil de més mala salut és del 16,4%, i el de més bona salut és del 9,1%, respecte de les que no declaren cap trastorn crònic, el 5 i el 20%, respectivament. Per últim, s'observa que el risc de presentar el perfil de més mala salut és de 2,39 (IC95%: 1,27-4,51) vegades més gran en els casos on es declara algun trastorn crònic respecte als que no declaren cap trastorn crònic, mentre que el risc de presentar el perfil de més bona salut és de 0,52 (IC95%: 0,32-0,85).

2.6. La salut maternoinfantil en immigrants

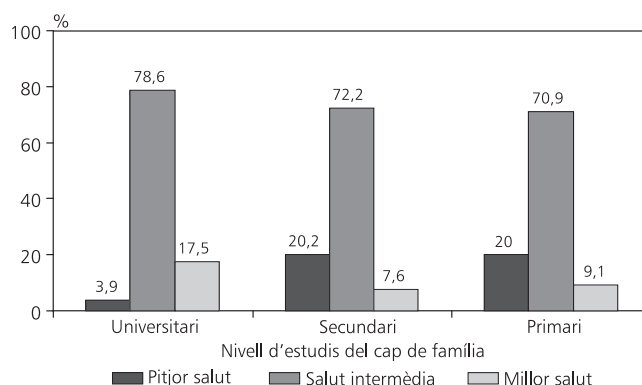
De manera similar a la resta de l'Estat, el patró reproductiu a Barcelona ha canviat a l'últim quinquenni. En aquest context, el nombre de dones immigrades en edat reproductiva té un paper rellevant. En la ciutat, la natalitat en famílies en les quals el pare, la mare o tots dos han nascut en un país estranger continua augmentant, i va arribar el 2001 al 16,4% dels naixements de la ciutat (taula 2.26).

Figura 2.58. Perfils de salut segons la classe social del cap de família (en percentatge). Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

Figura 2.59. Perfils de salut segons el nivell d'estudis del cap de família (en percentatge). Barcelona, 2000



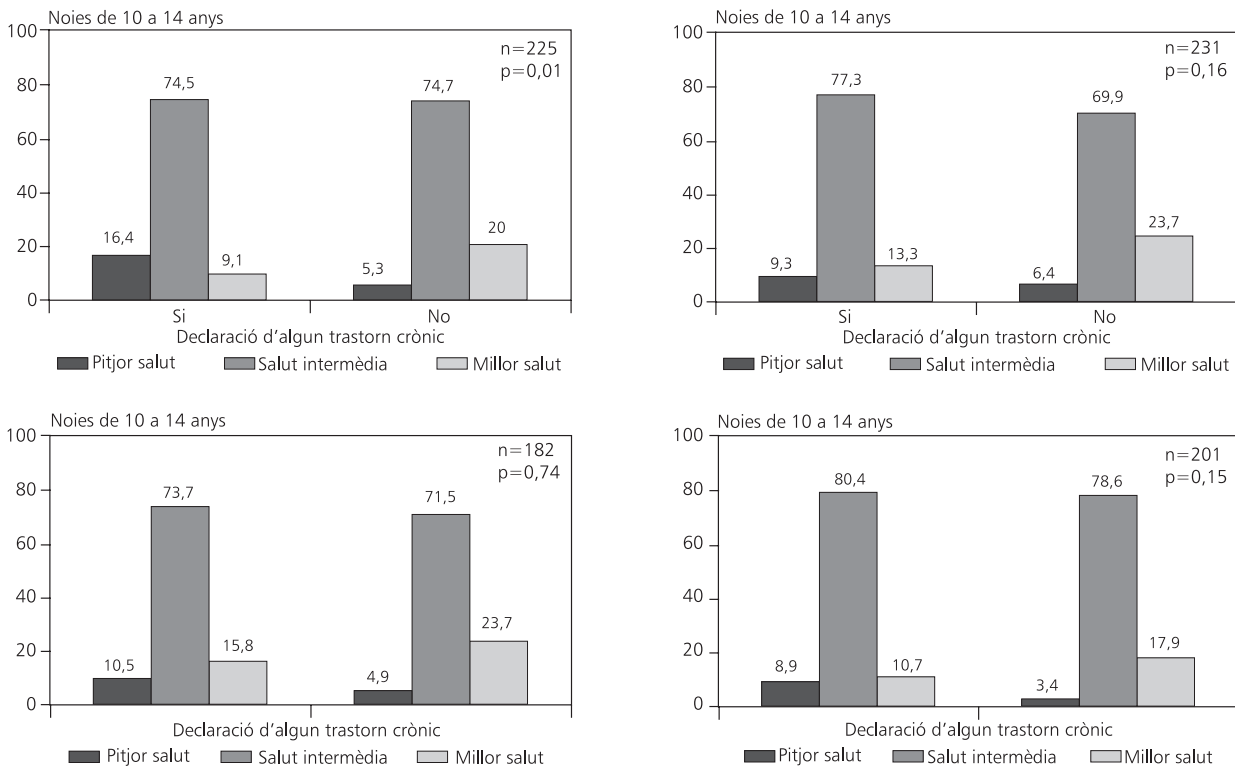
Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

Taula 2.26. Distribució (nombre i percentatge) dels naixements segons el lloc d'origen dels pares. Barcelona, 2001

Mare	Catalunya	Resta d'Espanya	Europa i PPDD	Països del Magrib	Resta d'Àfrica	Amèrica Central i del Sud	Àsia (sense el Japó)	Oceania i apàtrides	No consta	Total
Pare										
Catalunya	7.191 (57,1)	841 (6,7)	173 (1,4)	13 (0,1)	8 (0,1)	156 (1,2)	9 (0,1)	0	114 (0,9)	8.505 (67,5)
Resta d'Espanya	985 (7,8)	361 (2,9)	52 (0,4)	4 (0,0)	1 (0,0)	46 (0,4)	3 (0,0)	0	39 (0,3)	1.491 (11,8)
Europa i PPDD	288 (2,3)	57 (0,4)	141 (1,1)	1 (0,0)	2 (0,0)	25 (0,2)	1 (0,0)	0	63 (0,5)	578 (4,6)
Països del Magrib	46 (0,4)	15 (0,1)	5 (0,0)	127 (1,0)	0	0	0	0	59 (0,5)	252 (2,0)
Resta d'Àfrica	24 (0,2)	6 (0,1)	0	3 (0,0)	17 (0,1)	1 (0,0)	0	0	19 (0,1)	70 (0,6)
Amèrica Central i del Sud	177 (1,4)	28 (0,2)	17 (0,1)	1 (0,0)	0	385 (3,1)	5 (0,0)	0	308 (2,4)	921 (7,3)
Àsia (sense el Japó)	24 (0,2)	8 (0,1)	2 (0,0)	4 (0,0)	2 (0,0)	1 (0,0)	183 (1,4)	0	96 (0,8)	320 (2,5)
Oceania i apàtrides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No consta	135 (1,1)	17 (0,1)	7 (0,1)	2 (0,0)	7 (0,1)	51 (0,4)	10 (0,1)	0	229 (1,8)	458 (3,6)
Total origen de la mare	8.870 (70,4)	1.333 (10,6)	397 (3,1)	155 (1,2)	37 (0,3)	665 (5,3)	211 (1,7)	0	927 (7,4)	12.595 (100)

PPDD: països desenvolupats (el Canadà, els EUA, el Japó, Austràlia i Nova Zelanda).
Font: Registre de naixements. ASP.

Figura 2.60. Perfils de salut segons la declaració d'algun trastorn crònic (en percentatge) per grups d'edat i sexe. Barcelona, 2000

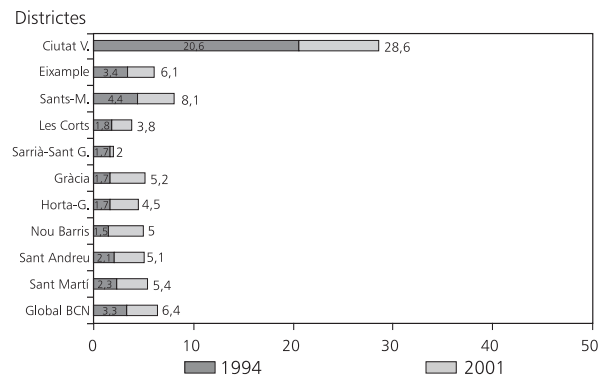


Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. ASPB.

La proporció de naixements de parelles d'immigrants de països en desenvolupament ha augmentat del 3,3% l'any 1994 (402 criatures) al 6,4% l'any 2001 (729 criatures) (figura 2.61). El districte que presenta la proporció més elevada de naixements de parelles d'immigrants és Ciutat Vella, molt per sobre de la resta de districtes (figura 2.61). Tots els districtes han incrementat la proporció d'aquests naixements en el període 1994-2001 (figura 2.61).

La contribució de les dones nascudes en països en vies de desenvolupament a la fecunditat adolescent augmenta i va arribar al 23% el 1999. A més, tot i que no es coneix la contribució a les IVE de dones nascudes a països estrangers perquè la variable no es té en compte en el sistema de registre, hi ha indicadors procedents d'entitats de suport a famílies que mostren un augment creixent que arriba al 50% de les 2.700 prescripcions realitzades el 2001, que al seu torn constitueixen el 18% de les IVE fetes a Catalunya (Associació Salut i Família, 2001). És a dir, almenys el 9% de les interrupcions voluntàries de l'embaràs es donen entre dones immigrades.

Figura 2.61. Proporció de naixements de parelles d'immigrants procedents de països en vies de desenvolupament, per districtes. Barcelona, 1994 i 2001



Els principals determinants de l'embaràs adolescent i de les interrupcions voluntàries de l'embaràs en les dones d'origen estranger es relacionen probablement amb els patrons reproductius del país d'origen i amb els derivats de la precarietat socioeconòmica de moltes persones immigrades.

CAPÍTOL 3

LA SALUT MENTAL A BARCELONA

3.1. Introducció

La definició de salut de l'OMS emfasitza la dimensió positiva de salut i destaca el component mental i social d'aquesta. Precisament una bona salut mental es manifesta en la realització d'activitats productives, en l'establiment de relacions enriquidores amb altres persones i en l'habilitat d'adaptar-se al canvi i d'afrontar les adversitats. Des de la infància a la vellesa, la salut mental possibilita les capacitats per pensar i comunicar, aprendre, desenvolupar-se emocionalment, ser flexibles i mantenir l'autoestima.

Contràriament, la malaltia mental, referida a qualsevol problema mental, es caracteritza per alteracions en el pensament, l'humor o el comportament (o qualsevol combinació entre aquests) associades a patiment i/o problemes de funcionament. El patiment psicològic apareix quan els recursos personals no són els suficients per fer front a les demandes de l'entorn. Així doncs, la salut mental és producte de factors interrelacionats individuals (biològics i de comportament) i ambientals (socials i materials).

Al món desenvolupat, els trastorns mentals figuren entre les malalties cròniques més esteses entre la població, apareixen en edats més joves que altres malalties cròniques i són unes de les més incapacitants. Els problemes de salut no tractats poden conduir a dificultats en les relacions personals, patiment o discapacitat significatives i a una disminució en la capacitat de treball. D'aquesta manera, la salut mental dels individus té un paper important en la seva qualitat de vida, en la seva integració social i en la seva participació en activitats socials i econòmiques. Els problemes i malalties mentals redueixen l'esperança de vida i tenen efectes adversos en les economies dels països (<http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11570.htm>).

Actualment és possible fer diagnòstics utilitzant criteris específics i es coneixen tractaments efectius per als trastorns mentals. Però, en canvi, tan sols una petita part dels malalts que compleixen els criteris de mala salut mental, reben tractament, i només dues de cada cinc persones que pateixen un trastorn d'humor, d'ansietat o d'ús de substàncies consulten un professional (http://www5.who.int/mental_health). Això ha fet que l'Organització Mundial de la Salut augmentés l'interès per la salut mental i que la promoció de

la salut mental s'hagi convertit en prioritària entre els països de la Unió Europea. Per valorar la situació a Europa, s'han desenvolupat projectes que han de permetre conèixer la prevalença de trastorns mentals al nostre continent.

L'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB-2000) ens ha permès fer una valoració de l'estat de salut mental de la ciutat de Barcelona a través del Qüestionari de salut general (GHQ) com a mesura de la salut mental o, més concretament, del nombre de persones amb patiment psicològic. Així doncs, la salut mental és la principal variable resultat d'aquest informe i es va mesurar amb la versió abreujada del General Health Questionary (GHQ-12). El raonament en què es basa el GHQ és que hi ha aspectes diferencials en els quals els individus sans difereixen totalment dels que pateixen trastorns psíquics. El "mínim comú" dels trastorns psíquics seria la simptomatologia ansiosa i depressiva. Un individu amb trastorn psicològic es pot suposar com emocionalment excitat, alterat respecte a la seva manera normal de ser. Aquests estats són comuns a quasi tots els pacients psiquiàtrics i, per tant, no discriminen entre les categories diagnòstiques. D'altra banda, els símptomes ansiosos i depressius també estan relacionats amb circumstàncies habituals, qualsevol persona pot experimentar-los amb certa intensitat en algun moment.

Per tant, l'objectiu d'aquest capítol és estimar la prevalença de persones amb patiment psicològic, l'impacte d'aquest patiment en altres indicadors de salut i la relació amb el consum de serveis.

Els objectius específics són els següents: estimar la prevalença de persones amb patiment psicològic segons factors socio-demogràfics, socials i estils de vida; estimar la prevalença de persones amb patiment psicològic a Barcelona i els seus districtes; analitzar l'associació entre la prevalença de persones amb patiment psicològic i altres indicadors de l'estat de salut; i descriure el patró d'ús de serveis per part de la població amb patiment psicològic i la proporció de persones amb patiment psicològic entre les que utilitzen determinats serveis i les que no ho fan.

S'han utilitzat les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2000. L'univers estadístic de l'ESB-2000 va ser la totalitat de la població resident no institucionalitzada i empadronada a la ciutat. La unitat mostral estava formada per subjectes individuals i es van fer 10.000 entrevistes (aproximadament un miler per districte). La distribució territorial dels efectius va ser de tipus estratificat i no proporcional, bo i considerant cada districte com un estrat independent (<http://www.aspb.es/quefem/docs/SalutBarcelona2000.pdf>). La principal variable resultat per aquest estudi va ser la salut mental, mesurada amb el GHQ-12, que es va obtenir per a les persones més grans de quinze anys. Una persona es va considerar "cas probable de mala salut mental" o "persona amb patiment psicològic" quan la puntuació en el GHQ-12 era superior a 2. Per fer l'anàlisi es van excloure els subjectes que no podien contestar ells mateixos l'entrevista i

els que no havien completat íntegrament el GHQ, i per tant els resultats són sobre 8.319 participants. Les anàlisis es van fer estratificades per gènere, ponderades per districte i estandarditzades per edat.

Algunes seccions del qüestionari, com ara les preguntes de suport social o la utilització de serveis sanitaris i la de fàrmacs, només es van passar a la meitat de la mostra.

En tractar-se d'un estudi transversal, no es poden concloure relacions de causa-efecte entre el patiment psicològic i les altres variables considerades a l'estudi.

3.2. La salut mental a Barcelona

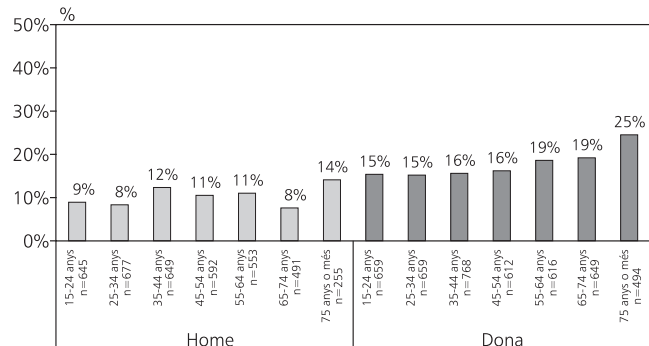
La prevalença de persones amb patiment psicològic a la ciutat de Barcelona va ser del 14%. A continuació s'especifiquen els factors relacionats amb el patiment psicològic.

Factors sociodemogràfics: Les dones tenien una prevalença de trastorns mentals més alta (17%) que els homes (10%). En les dones, la prevalença de patiment psicològic era més alta com més gran era l'edat; en canvi, en els homes no hi havia un patró relacionat amb l'edat tan clar (figura 3.1).

Pel que fa a l'estat civil (figura 3.2), els separats/des (o divorciats/des) i vidus i vídues patien més mala salut mental que els solters/es i els casats/ades (o emparellats/ades). Les vídues destacaven per tenir la prevalença més alta de mala salut mental (el 26%). Quant a l'origen, els homes nascuts a l'estranger tenien una prevalença més alta de patiment psicològic que els espanyols nascuts fora de Catalunya o que els nascuts a Catalunya. La prevalença de patiment psicològic en homes i dones estrangers era idèntica i situava les dones estrangeres en un nivell similar a les nascudes a Catalunya, o a les nascudes a la resta d'Espanya.

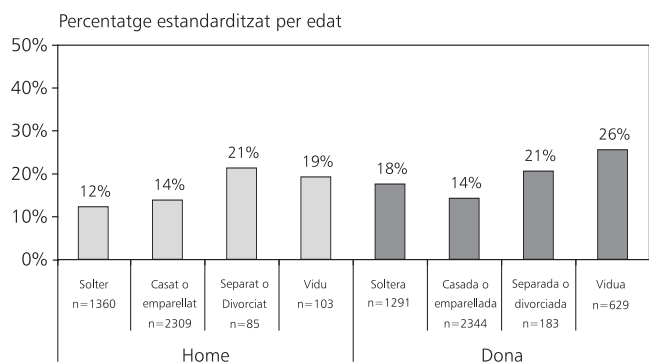
Factors socials: Les persones amb un nivell educatiu baix (figura 3.3) i les de classe social desavantatjada tenien més mala salut mental que la resta. La prevalença de patiment psicològic en persones sense estudis era especialment alta (30% dels homes i 26% de les dones sense estudis amb patiment psicològic).

Figura 3.1. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons l'edat. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



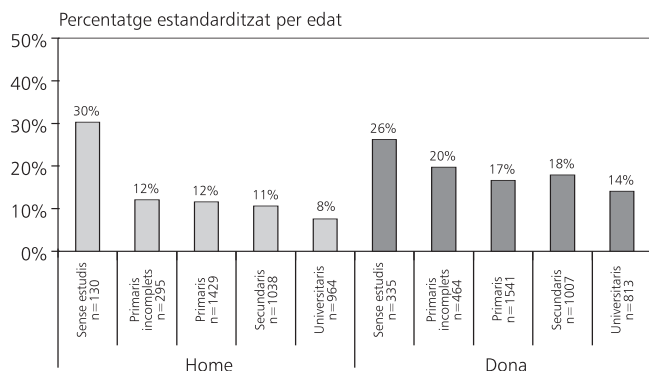
Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Figura 3.2. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons l'estat civil. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Figura 3.3. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons el nivell educatiu. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

D'altra banda, les persones amb més suport social (mesurat amb el qüestionari Duke) gaudien de més bona salut mental que les que en tenien menys (figura 3.4).

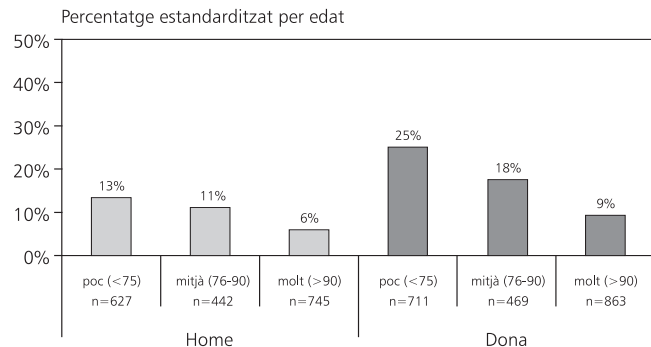
Com en qualsevol disseny transversal, les dades de l'estudi no permeten conèixer la direccionalitat d'aquestes relacions (per exemple, no podem saber si és la mala salut mental el que dificulta el suport social, o si és la manca de suport social el que interfereix en la salut mental, i passa el mateix per a totes les variables considerades). De tota manera, els resultats d'estudis longitudinals que sí que permeten analitzar aquestes relacions, posen en evidència la relació entre el fet de tenir poc suport social i el patiment psicològic.

Pel que fa a la **situació laboral**: els homes aturats tenien la prevalença de patiment psicològic més elevada (el 23%), seguida de les dones jubilades (el 22%) i de les mestresses de casa i les aturades (el 19% i el 20%, respectivament).

Quant a les característiques de la **llar**, les diferències referides a la prevalença de patiment psicològic en funció del **nombre de persones que hi viuen** no eren gaire importants. En canvi, s'observaven diferències pel que fa a la prevalença de patiment psicològic segons la **tipologia familiar**. La prevalença més elevada es donava en homes que vivien només amb la parella (el 23%), i les més baixes, en homes que vivien amb la parella i altres parents o amb la parella i fills (el 9 i el 10%, respectivament). En dones, les prevalences més elevades de casos probables de mala salut mental es donaven en les de llars monoparentals, en les que convivia amb la parella i altres parents i en les de llars sense nucli (el 22, el 21 i el 21%, respectivament). Les dones que gaudien de millor salut mental eren les que vivien soles amb la parella (el 14% amb patiment) o amb la parella i fills (el 17% amb patiment).

L'estudi mostra que la relació entre el patiment psicològic i la **càrrega familiar** (hores de treball domèstic i cura dels infants, de les persones grans i dels discapacitats) era diferent segons el gènere. El patiment psicològic era més prevalent en dones que no havien fet cap **hora de treball domèstic a la setmana** (el 29% amb patiment psicològic). En canvi, en homes, la prevalença més elevada de patiment psicològic es donava entre els que havien dedicat de quinze a vint-i-

Figura 3.4. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons el suport social (puntuació global Duke). Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

una hora a la setmana a fer treball domèstic. Cal recordar de nou que, en ser una enquesta transversal, no es pot afirmar que el fet de no fer treball domèstic produeixi patiment. Potser seria més raonable entendre que les dones que no fan cap hora de treball domèstic estan limitades per la seva mala salut. De fet, la majoria de les dones entrevistades a l'ESB-2000 tenen càrregues importants d'aquest tipus de treball, just al contrari que els homes.

Les persones que vivien en **llars amb infants** tenien una prevalença de patiment psicològic inferior a les que vivien en llars sense infants. En funció de qui tenia cura de les criatures, s'observava que els homes i les dones que compartien la cura eren els que gaudien de millor salut mental (el 5 i el 8% amb patiment psicològic, respectivament).

La majoria de persones grans tenien cura d'elles mateixes. En les **llars amb persones grans** que necessitaven vetlladors, la més mala salut mental la patien les dones que deien que la cura dels seus grans la feien "altres" (32%). Els homes que compartien la cura de les persones grans gaudien de la més bona salut mental (el 4% de persones amb patiment psicològic).

Les persones que viuen en **llars amb alguna persona discapacitada** mostraven una prevalença de patiment psicològic més elevada que la que mostraven persones de famílies sense cap persona discapacitada. Les persones que compartien la cura dels discapacitats amb la parella i les llars en què "altres persones" s'ocupaven dels discapacitats (agrupava les categories: una persona contractada o una altra situació) eren les que tenien prevalences menors de patiment psicològic.

Estils de vida: La prevalença de patiment psicològic era més alta en les persones que dormien molt (més de nou hores), que fe-

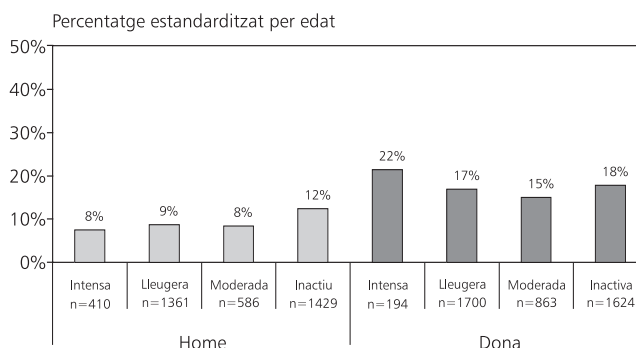
ien molta activitat física quotidiana o que en feien molt poca (figura 3.5); i en les dones, la prevalença de patiment psicològic era més elevada entre les que tenien baix pes, és a dir, un índex de massa corporal més baix de 17 (figura 3.6).

Quant al consum de substàncies psicoactives, pel que fa al tabac, no es detectava una relació amb la salut mental. Pel que fa a l'alcohol, les persones que en bevien ocasionalment eren les que gaudien de més bona salut mental.

El cànnabis va ser la substància psicoactiva il·legal més consumida (el 14% dels entrevistats n'havien consumit alguna vegada a la vida), i el seu consum (alguna vegada a la vida o el mes abans de l'entrevista) estava relacionat amb una prevalença més alta de persones amb patiment psicològic (taula 3-1). El consum de cocaïna, que va ser la segona substància psicoactiva il·legal més freqüentment consumida (el 3% dels entrevistats n'havien consumit alguna vegada a la vida), també estava relacionat amb una prevalença més alta de persones amb patiment psicològic (taula 3.1).

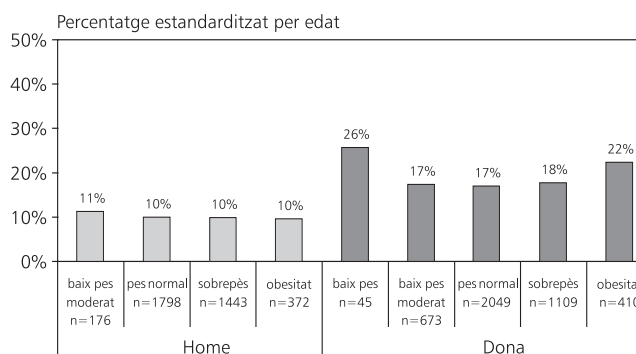
Districtes de la ciutat: A Barcelona la prevalença de persones amb patiment psicològic es distribuïa segons un continu que abraçava des d'un 6% entre els homes de Sarrià - Sant Gervasi i un 23% de les dones del districte d'Horta-Guinardó i del districte de Ciutat Vella. En general, les dones en qualsevol dels districtes tenien una prevalença més alta de mala salut mental que els homes del mateix districte (figura 3.7).

Figura 3.5. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons l'activitat física quotidiana. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Figura 3.6. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons l'índex de massa corporal. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Taula 3.1. Prevalença de patiment psicològic segons el consum de substàncies psicoactives il·legals. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000

		Mai no n'ha consumit		Alguna vegada n'havia consumit		El mes abans de l'entrevista n'havia consumit	
		% persones amb patiment psicològic	n	% persones amb patiment psicològic	n	% persones amb patiment psicològic	n
Homes	Cànnabis	9,2%	3.209	20,5%	639	18,1%	189
	Cocaïna	9,9%	3.688	24,8%	157	26,2%	25
Dones	Cànnabis	16,5%	4.034	22,9%	394	10,2%	100
	Cocaïna	17,2%	4.073	28,6%	63	43,6%	10

Percentatge estandarditzat per edat.

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Els districtes amb una prevalença més elevada de patiment psicològic eren Horta - Guinardó (el 15% en homes i el 23% en dones) i Ciutat Vella (el 14% en homes i el 23% en dones). En canvi, les prevalències més baixes de patiment psicològic les gaudien els homes de Sarrià - Sant Gervasi (6%) i els de Sant Andreu (7%) i les dones de Sant Andreu (14%) i les de l'Eixample (15%).

Prevalença de “trastorns nerviosos” declarats: L'Enquesta de salut de Barcelona incloïa una pregunta referida a l'existència de trastorns crònics: ¿Pateix actualment o el metge li ha dit que ha patit algun dels trastorns crònics que li llegendre? I una categoria de trastorn crònic era: - Problemes nerviosos / depressions.

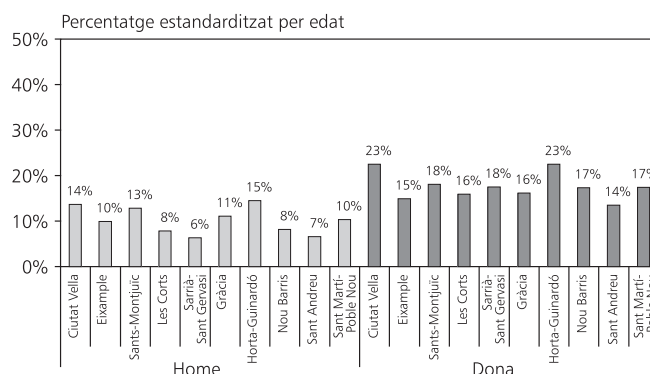
Es va calcular per a cada districte la prevalença de persones que declaraven patir actualment o haver patit problemes nerviosos o depressió com a aproximació de la mesura de patiment psicològic.

Així doncs, la prevalença per districte de persones que declaraven patir o haver patit problemes nerviosos o depressió era similar a la prevalença de patiment psicològic mesurat amb el GHQ a Ciutat Vella, l'Eixample, Sants-Montjuïc, les Corts, Sarrià - Sant Gervasi, Nou Barris i Sant Andreu. En canvi, a Sant Martí - Poblenou la prevalença de trastorns nerviosos declarats va ser més elevada que la de patiment psicològic (mesurada amb el GHQ). Als districtes de Gràcia i Horta-Guinardó, hi havia una prevalença menor de trastorns nerviosos declarats respecte a la mesura del GHQ.

Altres indicadors de salut: Els indicadors de salut estaven molt associats a la salut mental. Per exemple, la percepció de la salut general estava directament relacionada amb la prevalença de persones amb patiment psicològic (figura 3.8).

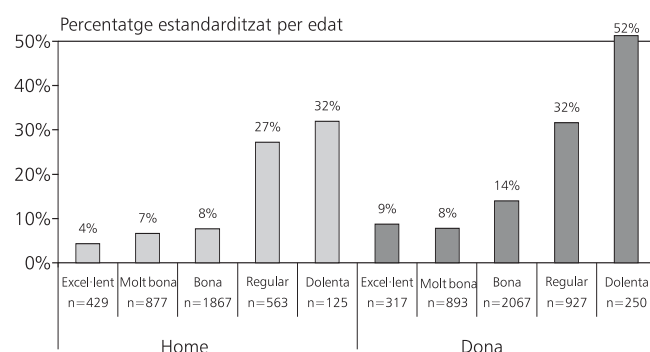
Així mateix, les persones amb discapacitats tenien una prevalença més alta de patiment psicològic (el 32% dels homes i el 44% de les dones amb patiment) que els no discapacitats (el 10% dels homes i el 16% de les dones amb patiment). Finalment, les persones amb tres o més malalties cròniques (morbidity crònica) tenien una prevalença més elevada de patiment psicològic (figura 3.9).

Figura 3.7. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons districte. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



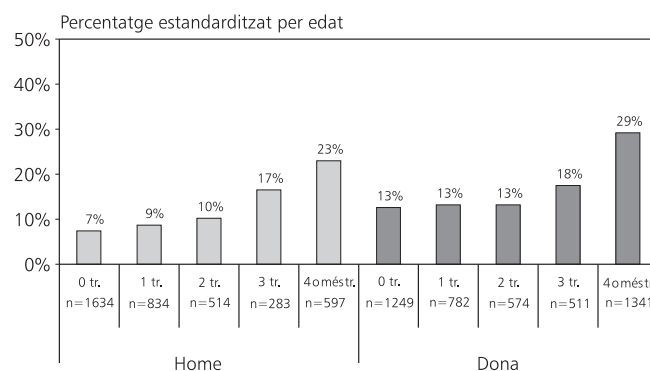
Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Figura 3.8. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons la salut general. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Figura 3.9. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons els trastorns crònics (no nerviosos). Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Ús de serveis sanitaris. L'any anterior a l'entrevista, un 5,8% dels enquestats havien visitat algun especialista de salut mental (psiquiatre o psicòleg).

Bona part de persones que havien fet visites al psiquiatre o al psicòleg tenien prevalences de patiment psicològic altes (prop del 40% en homes i dones per als dos professionals). De fet, les persones que visitaven el metge de capçalera, encara que en una magnitud molt inferior, també tenien prevalences de patiment psicològic superiors (el 12% en homes i el 19% en dones) a les que no ho feien (el 8% en homes i el 13% en dones).

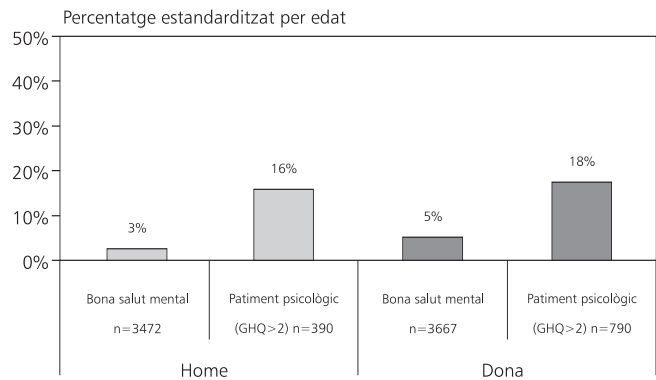
D'altra banda, les persones amb patiment psicològic visitaven els especialistes de salut mental (psiquiatre o psicòleg) en un percentatge més elevat (el 16% dels homes i el 18% de les dones) que les que gaudien de bona salut mental, dels quals tan sols el 3% d'homes i el 5% de dones visitaven algun d'aquests especialistes (figura 3.10).

Quant al **consum de fàrmacs**, comparant els qui havien pres tranquil·lizants ($n = 577$) i els qui no ho havien fet ($n = 3.545$), hi havia més persones amb patiment psicològic entre els consumidors (prop del 30% d'homes i prop del 40% de dones amb patiment psicològic, contra el 8% d'homes i els 13% de dones amb patiment psicològic que no n'havien pres) (figura 3.11). Amb els antidepressius passa el mateix que amb els tranquil·lizants: els consumidors ($n = 221$) són més sovint persones amb patiment psicològic (el 37% d'homes i el 40% de dones amb patiment psicològic entre els qui n'havien pres, contra el 9% d'homes i el 14% de dones dels qui no n'havien pres).

3.3. Comentari dels resultats

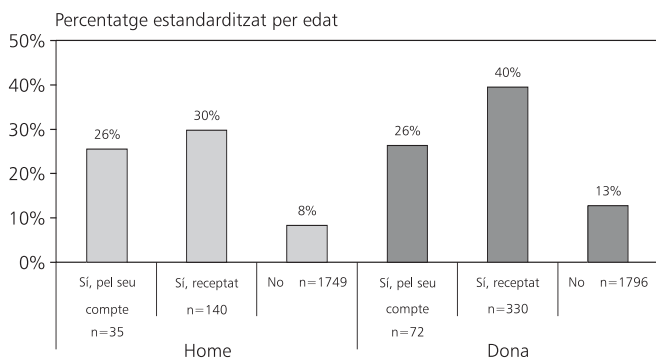
L'estudi confirma l'elevada prevalença de persones amb patiment psicològic (14%) i la distribució desigual de les prevalences segons gènere i altres factors sociodemogràfics. Les dones; els separats, divorciats i vidus i els estrangers tenen prevalences més elevades de patiment psicològic. La prevalença de persones amb patiment psicològic és heterogènia segons factors socials (nivell educatiu; classe social; suport social i situació laboral) i segons estils de vida (activitat física; consum alcohol i drogues; índex de massa corporal i hores de son al dia).

Figura 3.10. Percentatge de persones que visiten a un especialista de salut mental segons patiment psicològic. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Figura 3.11. Percentatge de persones amb patiment psicològic segons el consum de tranquil·lizants. Homes i dones més grans de quinze anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000.

Segons l'ESCA-1994, la prevalença estimada de patiment psicològic en la població general de Catalunya és d'un 16% en homes i d'un 19% en dones. Tot i que els dos estudis comparteixen el GHQ-12 com a mesura per estimar la prevalença de patiment psicològic, a l'ESCA-1994 es va usar un mètode de càlcul diferent que a l'ESB-2000. Així doncs, tot i haver-se usat el mateix instrument, la comparació de les prevalences de casos probables de mala salut mental s'ha d'interpretar amb precaució. Segons els resultats de l'ESCA, el 15% dels homes i el 18% de les dones de la ciutat de Barcelona són casos probables de mala salut mental. La prevalença de patiment psicològic de l'ESCA-1994 dels homes és superior a l'obtinguda en el present informe, i, en canvi, en dones la prevalença és similar.

S'evidencia que els districtes de Barcelona tenen una prevalença desigual de patiment psicològic. Ciutat Vella i Horta-Guinardó són els districtes amb una prevalença més alta. En canvi, Sarrià - Sant Gervasi i Sant Andreu són els que tenen una prevalença més baixa.

La prevalença de patiment psicològic mesurada a través del GHQ-12 i la prevalença de trastorns nerviosos declarats (obtinguda a partir d'una pregunta sobre si sap que pateix o ha patit algun trastorn nerviós o depressió) són similars en la majoria de districtes, tot i que a Sant Martí - Poblenou la prevalença de trastorns nerviosos declarats és superior a la prevalença de patiment psicològic mesurada amb el GHQ, i als districtes de Gràcia i Horta-Guinardó la prevalença de trastorns nerviosos declarats és menor. Tot i que la pregunta sobre trastorns nerviosos declarats podia considerar-se com una mesura pròxima al patiment psicològic mesurat amb el GHQ, cal tenir en compte una diferència important: la pregunta sobre trastorns nerviosos declarats fa referència explícita a trastorns crònics, mentre que el GHQ és sensible justament a canvis recents de la funció normal. Així doncs, probablement les dues mesures són complementàries.

L'estat de salut mental i els problemes físics de salut estan interrelacionats, i moltes vegades són difícilment diferenciables. Així doncs, tal com s'esperava, els indicadors relacionats amb la salut estan associats a la salut mental. Per exemple, la **percepció de la salut general** està directament relacionada amb la prevalença de patiment psicològic. Així doncs, a mesura que la valoració de l'estat de salut és millor, hi ha un percentatge inferior de casos probables de mala salut mental. Així mateix, les persones **amb discapacitats** que els impedeixen desenvolupar les activitats habituals sense ajuda d'altres tenen una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental que els no discapacitats. Finalment, les persones amb tres malalties cròniques o més (**morbidity crònica**), tenen una prevalença més elevada de patiment psicològic.

Molt pocs enquestats havien visitat algun especialista de salut mental l'any anterior a l'entrevista. Tot i que les persones amb patiment psicològic eren les que més havien visitat tant el metge de família com els especialistes de salut mental (psiquiatre o psicòleg), aquests últims tan sols representen un 16% dels homes amb patiment i un 18% de les dones amb patiment.

Quant al consum de fàrmacs, els tranquil·lizants van ser, darrere de l'aspirina, els més consumits. Els tranquil·lizants majoritàriament estaven indicats facultativament. Comparant els qui havien pres tranquil·lizants i els qui no ho havien fet, hi havia més casos probables de mala salut mental entre els consumidors d'aquests fàrmacs. Amb els antidepressius passava el mateix que amb els tranquil·lizants: els consumidors eren més sovint casos probables de mala salut mental. De tota manera, quan es tenien en compte totes les persones que consumien (tranquil·lizants o antidepressius), la major part no tenien patiment psicològic, la qual cosa pot indicar que el fàrmac o la teràpia feia el seu efecte, o bé que el GHQ, que detecta canvis en el darrer mes, no era capaç de detectar tots els casos.

CONCLUSIONS

La salut i els seus determinants en la població de Barcelona

La població i el medi

- La població de Barcelona l'1 de gener del 2002 era d'1.527.190 habitants. El percentatge de població més gran de seixanta-cinc anys era del 18% dels homes i del 25% de les dones. Des de fa dos anys augmenta la població de la ciutat, tot invertint-se la tendència dels anys noranta.
- La població nascuda fora de l'Estat espanyol ha crescut, tot passant d'un 1,9% l'any 1996 a un 10,7% el mes de gener del 2003.
- Un 63% dels homes i un 43% de les dones de setze anys o més són població activa. L'atur enregistrat en l'Enquesta de població activa se situa en un 12,3% en les dones de setze anys o més, i en un 11% en els homes, uns percentatges que han disminuït considerablement des del 1998.
- La qualitat de l'aire i la de l'aigua de consum estan dins dels límits normatius establerts (a excepció d'algun paràmetre de l'aigua d'origen Llobregat).

La salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut

- Vuit de cada deu homes i set de cada deu dones més grans de catorze anys declaren el seu estat de salut com molt bo o bo, un patró que es manté estable al llarg dels anys.
- L'any 2000, un 35,3% dels homes i un 23% de les dones es declaren consumidors habituals de tabac. Des del final dels anys vuitanta, el consum disminueix en els homes i augmenta en les dones.

Problemes de salut específics

- Tant la tuberculosi com la sida segueixen disminuint, tal com es va posar en evidència a mitjan anys noranta.
- El consum de drogues ha experimentat un canvi de patró des del final dels noranta, moment en què la cocaïna va passar a ser la primera droga consumida. Les drogues de disseny han augmentat lleugerament, de manera que l'any 2001 van representar un 10%

de les urgències hospitalàries per drogues. El consum de cànnabis entre els joves és estable.

- S'observa una disminució en el nombre d'urgències hospitalàries per accidents de trànsit respecte als anys 1999 i 2000.
- Es produeixen més accidents laborals greus (prop de cinc-cents) que mortals (prop de cinquanta). Els greus han disminuït des del 1999, mentre que els mortals l'any 2002 s'han mantingut igual.

La mortalitat

- Les taxes de mortalitat estandarditzades per edat continuen disminuint, fet que s'ha traduït en un augment de l'esperança de vida en néixer de 3,5 anys en els homes i de 2,8 anys en les dones des del començament de la dècada dels noranta.
- La mortalitat canvia segons el grup d'edat i el sexe. En els joves, la sida segueix disminuint, mentre que les altres causes (accidents de trànsit i sobredosi de drogues) són més estables. En els adults, el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones són les primeres causes i tendeixen a créixer. En la gent gran, les malalties cardiovasculars són la primera causa de mort i també disminueixen.

Els serveis sanitaris

- La reforma de l'atenció primària ja cobreix un 94,2% de la població l'any 2002.
- Les taxes d'hospitalització han augmentat des del 1994, i l'any 2002 se situen en 104 per 1.000 habitants i any.
- Es continua incrementant l'activitat de les urgències dels serveis hospitalaris i del Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona, i es manté estable l'activitat dels centres d'atenció continuada.
- Els recursos d'atenció sociosanitària i d'atenció a la salut mental han augmentat.

La salut maternoinfantil

Embarassos i parts

- Si bé la taxa de natalitat de Barcelona en les dues últimes dècades ha estat una de les més baixes del món, des de fa dos anys augmenta lleument. La taxa actual se situa en prop de 8,6 per 1.000 habitants. L'augment es relaciona amb la natalitat de les dones immigrades, que va arribar al 16% dels naixements de la ciutat l'any 2001.
- La proporció de dones que tenen fills als trenta-cinc o més anys segueix augmentant. En deu anys ha passat del 15 al 32%.
- El nombre i la proporció d'embarassos interromputs (IVE) sobre el total de gestacions s'ha duplicat en la darrera dèca-

da, fins a arribar al 28% l'any 2002. S'estima que hi té una influència important la immigració procedent de països amb fertilitat elevada. Tot i l'augment, les taxes de Barcelona i d'Espanya continuen sent molt inferiors a les de la resta de països desenvolupats.

- La taxa de naixements en dones adolescents s'ha mantingut estable. Segueix sent de les més baixes del món.
- Els avortaments de dones adolescents s'han duplicat en la última dècada. Tot i que les taxes continuen situant-se entre els més baixes d'Europa i el món, l'augment indica problemes en l'ús de mètodes contraceptius.
- La majoria d'embarassades estan ocupades (80%), amb un 12% que canvia la seva situació laboral amb motiu de l'embaràs. D'aquestes, un 17% han estat acomiadades (un 2% del total).
- Al principi de la dècada actual es produeix un transvasament de parts de clíniques privades a la xarxa pública de la ciutat, on el 2002 se'n van fer el 48%, 6 punts més que el 1992 (42%).
- La proporció de nadons amb molt baix pes en néixer s'ha duplicat en els últims anys, tot passant de 7 per 1.000 naixements a 16 per 1.000. Aquests nadons solen ser grans prematurs, amb un risc important de presentar seqüeles ulteriors.
- La proporció de parts per cesària s'ha estabilitzat en prop del 30% global (per sobre a les clíniques privades i per sota als hospitals de la XHUP), una xifra massa elevada.
- La proporció de parts múltiples ha augmentat durant l'última dècada com a conseqüència de la utilització de mètodes de reproducció assistida. Tant la utilització d'aquests mètodes com la proporció de parts múltiples són superiors als hospitals privats que als de la XHUP. Els parts múltiples fan augmentar la proporció de nadons amb baix i molt baix pes.
- S'observa un increment del nombre de medicaments utilitzats durant la gestació, amb una mitjana de cinc durant els darrers dos anys.
- La proporció d'embarassades fumadores ha disminuït durant la dècada. Així mateix, ha augmentat el nombre d'embarassades que deixen de fumar i de beure alcohol durant la gestació.

Utilització de serveis sanitaris i vacunes

- Pel que fa al control obstètric de l'embaràs, el percentatge d'embarassades que no es fan la primera visita a l'obstetre durant el primer trimestre ha anat decreixent. Des del 1995 no ha pujat del 4%.
- La proporció de dones que es fan una ecografia al cinquè o sisè mesos, període adient per fer el cribratge de defectes congènits, és cada vegada més elevada. L'any 2002, només un 3% no s'havia fet aquesta ecografia. Cal dir, però, que la mitjana del nombre d'ecografies fetes durant la gestació continua sent massa elevada (entre cinc i sis de mitjana). Un ús més racional de l'ecografia obstètrica hauria de reduir-ne el nombre i augmentar la qualitat global.
- D'altra banda, s'ha doblat la proporció d'embarassades que se sotmeten a una prova invasiva (la majoria a una amniocentesi) per descartar anomalies cromosòmiques. Aquest increment es produeix en funció, sobretot, del grup d'embarassades joves (de menys de 35 anys), en les quals s'ha anat incrementant l'ús dels cribratges de cromosomopaties (sobretot per detectar la síndrome de Down), tant ecogràfics com bioquímics.
- Quant a l'atenció pediàtrica, el 98% de les criatures tenen cobertura sanitària pública, amb un 31% que la tenen mixta. Aquests pertanyen a classes socials més afavorides. No s'han trobat diferències en la utilització de serveis sanitaris segons el sexe de l'infant, la classe social o el nivell d'estudis del cap de família.
- En aquest context, el nombre de criatures per pediatre de la xarxa pública reformada l'any 2002 és del prop de 1.000, amb diferències importants entre districtes de la ciutat: 686 nens o nenes / pediatre a Ciutat Vella i 2.187 a Sarrià - Sant Gervasi.
- Encara que la cobertura vacunal notificada mitjançant el carnet de vacunacions i les targetes de notificació ha anat minvant al llarg de la dècada actual, les enquestes periòdiques que es fan a la ciutat indiquen una cobertura vacunal superior al 90%.

Morbimortalitat materna i infantil

- La taxa de morts de dones relacionades amb l'embaràs és molt baixa (menys d'una de cada 10.000 naixements).
- La malaltia crònica més estesa entre les embarassades és l'asma (un 2,9%), seguida de les malalties cròniques de la tiroide (1,8%) i renals (1,4%). Fins a un 12% de les embarassades desenvolupen diabetis gestacional.
- La mortalitat infantil, tot i registrar valors baixos, ha experimentat una davallada durant els anys de la dècada actual en funció del segment de mortalitat neonatal precoç i de la postneonatal. Els avenços del diagnòstic prenatal i en les cures dels neonats malalts poden tenir molt a veure amb aquest descens. La mortalitat perinatal es manté estable.

- El grup més nombrós de causes de mortalitat, tant perinatal com infantil, és el de les alteracions de les estructures gestacionals (placenta, amni i cordó umbilical) i les complicacions del part, seguides dels defectes congènits.
- Pel que fa a les malalties infantils, la tuberculosi experimenta un important descens de la seva taxa durant el període 1992-2001 en tots els grups d'edat infantil i adolescent. El nombre de casos d'hepatitis A (9) i meningitis (21) registrats en aquests grups d'edat durant l'any 2001 a Barcelona és molt baix.
- La taxa de defectes congènits en el període 1992-2002 és del 2%. Tanmateix, aquest tipus de patologia té una distribució molt desigual entre els hospitals de referència (majoritàriament de la XHUP) i la resta (privats), amb una taxa del 3,1% als primers i del 0,8% als últims. El 27% dels casos amb defectes congènits són IVE, i la resta, nadons. El grup més nombrós és el de les alteracions cardiovasculars, amb un 0,75% dels fetus afectats.
- Un 76% de les 619 anomalies cromosòmiques enregistrades han estat detectades mitjançant una prova invasiva, i d'aquestes han acabat avortant un 89%. El 51% dels casos han estat detectats prenatalment per ecografia, amb un 31% abans de la 23a setmana de gestació. D'aquests, un 64% han acabat en una IVE. Hi ha espai per millorar la detecció ecogràfica prenatal de defectes congènits a Barcelona.
- Pel que fa als accidents de trànsit, cal destacar que un de cada deu lesionats atesos a Barcelona són infants o adolescents menors de divuit anys, ja que el 0,8% pertanyen al grup de 0-5 anys; el 2%, al de 6-13 anys, i el 6,5%, al de 14-17 anys. S'identifiquen tres patrons de lesionats menors de divuit anys. En primer lloc, infants atropellats per vehicles de motor, que representen prop d'un terç dels lesionats. Aquest grup té una proporció més alta de lesions moderades i greus que els altres dos. En segon lloc, passatgers de turismes involucrats en col·lisions, que representen una quarta part dels lesionats. En aquest grup la proporció de noies és considerablement superior a la de nois. En tercer lloc, adolescents usuaris de vehicles de dues rodes. Aquest grup representa el gran gruix dels lesionats. Destaca que l'ús del casc està molt estès i que, encara que no tenen edat per conduir una motocicleta, dos terços dels

nois lesionats que circulaven amb motocicleta n'eren els conductors.

- Se suggereixen tres tipus d'intervencions: d'una banda, millorar la seguretat viària a l'hora de travessar carrers; d'altra banda, augmentar el compliment de la normativa, i, per últim, desenvolupar activitats educatives a l'àmbit familiar i sanitari per sensibilitzar sobre l'ús dels sistemes de retenció dels infants que endarrereixin l'edat d'accés als vehicles de dues rodes.

Salut percebuda dels infants i adolescents

- El 19% dels menors de 5-14 anys presenten el perfil de més bona salut, i un 7%, el de més mala salut. Els informadors indirectes, majoritàriament la mare, han declarat algun trastorn crònic en el 26,5% dels menors. No s'observen diferències en la proporció dels perfils de més mala salut i de més bona salut segons la classe social del cap de família. Amb relació al nivell d'estudis del cap de família, el perfil de més mala salut presenta un percentatge més elevat quan el nivell d'estudis del cap de família és més baix.

La salut maternoinfantil dels immigrants

- La proporció de naixements de parelles d'immigrants de països en vies de desenvolupament s'ha duplicat entre el 1994 i el 2001.
- Tots els districtes han incrementat la proporció d'aquests naixements, encara que Ciutat Vella presenta una proporció molt per sobre de la resta. Sembla que també augmenta la taxa d'IVE en aquest col·lectiu.
- Els principals determinants de l'embaràs adolescent i de les IVE en les dones d'origen estranger es relacionen probablement amb els patrons reproductius del país d'origen, d'una banda, i amb els derivats de la precarietat socioeconòmica de moltes persones immigrades, d'altra banda.
- S'escau fer un esforç per integrar-los a les pràctiques sanitàries del nostre medi, tenint en compte que és probable que, almenys en la patologia genètica i pot ser també ambiental, hi hagi diferències amb les de la població autòctona.

La salut mental a Barcelona

Els factors socials

- Un 17% de les dones i un 10% dels homes presentaven patiment psicològic a Barcelona l'any 2000. Entre les dones, la prevalença de patiment psicològic era més alta com més gran era l'edat, i, en canvi, en els homes no hi havia un patró relacionat amb l'edat tan clar.

- Les persones separades (o divorciades) i vídu-es patien més mala salut mental que les persones solteres i les casades (o emparellades). Les dones vídues destacaven per tenir la prevalença més alta de mala salut mental (26%).
- Les persones amb un nivell educatiu baix i les de classe social desavantajada tenien més mala salut mental que la resta.
- Les persones amb més suport social gaudien de més bona salut mental que les que en tenien menys.
- Els residents als districtes de Ciutat Vella i Horta-Guinardó presentaven prevalences més altes de patiment psicològic.
- Les persones que vivien en llars amb infants tenien una prevalença de patiment psicològic inferior que les que vivien en llars sense infants.
- Les llars amb algun membre discapacitat mostraven una prevalença de patiment psicològic més elevada que la que mostraven famílies sense cap membre discapacitat.

Els estils de vida i la salut

- El consum de cànnabis i de cocaïna estaven relacionats amb una prevalença més alta de persones amb patiment psicològic.
- Tant l'estat de salut percebut com la presència de discapacitats o de trastorns crònics estaven relacionats amb la salut mental.

La utilització de serveis

- Tot i que les persones amb patiment psicològic havien visitat més els professionals de la salut mental i els metges de capçalera i també consumien més psicofàrmacs, tan sols el 16% dels homes i el 18% de les dones amb patiment psicològic havien visitat algun professional de la salut mental en el darrer any.

RESUM EXECUTIU
RESUMEN EJECUTIVO
EXECUTIVE SUMMARY

RESUM EXECUTIU. La salut a Barcelona 2002

El primer informe de salut de la ciutat de Barcelona va ser el de l'any 1983, i per tant ara celebrem el vintè aniversari de la realització d'aquests informes.

Aquest any, els objectius de l'informe són els següents: 1) presentar l'estat de salut de la població i els seus determinants els darrers anys a Barcelona; 2) descriure exhaustivament la salut maternoinfantil, i 3) analitzar la salut mental i els seus determinants.

L'informe està format per tres capítols, cadascun dels quals respon a un dels tres objectius esmentats. A continuació es resumeixen els punts més importants per cadascun dels tres capítols.

La salut i els seus determinants en la població de Barcelona

La població i el medi

Cal destacar que la població de Barcelona, de 1.527.190 persones al començament del 2002, està envellida, ja que el percentatge d'homes més grans de seixanta-cinc anys és del 18%, i el de dones, del 25%. Ha crescut la població nascuda fora de l'Estat espanyol, ja que ha passat d'un 1,9% l'any 1996 a un 10,7% el gener del 2003.

Un 63% dels homes i un 43% de les dones de setze anys o més són població activa. Segons dades de l'Enquesta de població activa, l'atur se situa en el 12,3% en les dones i en l'11% en els homes.

La qualitat de l'aire i de l'aigua de consum està dins dels límits establerts.

La salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut

Vuit de cada deu homes i set de cada deu dones declaren el seu estat de salut com molt bo o bo, percentatges que han estat força estables al llarg dels anys. La classe social és un factor determinant del mal estat de salut percebut. També hi ha estabilitat respecte als trastorns crònics declarats.

Un 35,3% dels homes i un 23% de les dones es declaren consumidors habituals de tabac en l'última Enquesta de salut de Barcelona (any 2000). Des del final dels anys vuitanta, el consum disminueix en els homes i augmenta en les dones.

Problemes de salut específics

La tuberculosi ha presentat una disminució important des del 1990, que ha seguit al tombant de segle, tot i que els immigrants ja aporten un 30% dels casos els anys 2001 i 2002. La sida continua fent la davallada que

va començar a mitjan dècada dels noranta, quan es van instaurar els tractaments antiretrovirals, tot i que les tendències són diferents segons el nivell socioeconòmic del barri i de la persona en qüestió.

Continuen disminuint els usuaris d'opiacis i augmentant els de cocaïna, de tal manera que aquesta última és la droga no institucionalitzada més consumida actualment. El curs acadèmic 2001-2002, un 32,8% dels nois i un 32,4% de les noies de quart curs d'ESO (15-16 anys) declaren haver provat el cànnabis, xifra estable respecte al curs 1995-1996.

S'observa una disminució en el nombre d'urgències hospitalàries per lesions per accidents de trànsit respecte als dos anys anteriors.

Durant el període 1994-2002, a la ciutat de Barcelona s'han notificat 4.594 accidents laborals greus i 485 de mortals. Els accidents greus augmenten fins al 1999, per després disminuir. El sector serveis va ser aquell en què es van acumular més nombre d'accidents greus. El nombre d'accidents mortals durant el període 1994-2002 ha estat d'entre 44 i 60 morts a l'any; l'any 2002 en van ser 53, xifra que representa força estabilitat respecte als dos darrers anys, i hi destaquen els 38 accidents que es van produir en el sector serveis.

La mortalitat

Les taxes de mortalitat estandarditzades per edat continuen disminuint, fet que s'ha reflectit en un augment de l'esperança de vida en néixer de 3,5 anys en els homes i de 2,8 anys en les dones des del començament dels anys noranta (l'any 2001 va ser de 76,2 anys en els homes i de 83,0 en les dones).

En els joves i els adults joves (15-44 anys) continua disminuint la mortalitat per sida, fins al punt que ja se situa en el nivell de les altres causes de mort (accidents de trànsit, sobredosi i suïcidi). Les primeres causes de mort en la població de quaranta-cinc a seixanta-quatre anys són el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor en els homes, i el càncer de mama en les dones, i totes aquestes causes tendeixen a disminuir. En el grup de més de seixanta-quatre anys, les causes principals en les dones són la malaltia cerebrovascular i la malaltia isquèmica del cor, i en els homes, les mateixes causes però amb prevalença invertida. També en aquest cas tendeixen a disminuir.

Els serveis sanitaris

La reforma de l'atenció primària ja cobreix un 94,2% de la població l'any 2002. Malgrat que l'oferta de llits d'aguts als hospitals públics s'ha mantingut, les taxes d'hospitalització han augmentat des del 1994. Es continua incrementant l'activitat de les urgències dels serveis hospitalaris i del Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona, i es manté estable l'activitat dels centres d'atenció continuada. Els recursos

d'atenció sociosanitària i d'atenció a la salut mental han augmentat, tot i que l'any 2001 van disminuir els llits d'hospitalització psiquiàtrica.

La salut maternoinfantil a Barcelona

Embarassos i parts

La natalitat es recupera lleugerament durant els primers anys de la dècada actual. Des del 1999, el nombre de naixements s'incrementa en una mitjana de dos-cents cinquanta a l'any. Aquesta petita recuperació té molt a veure amb la natalitat de les dones immigrants, que continua augmentant i que l'any 2001 va arribar al 16% dels naixements de la ciutat. La magnitud d'aquest increment és diferent als districtes de la ciutat, més accentuada a Ciutat Vella, l'Eixample, Sarrià - Sant Gervasi, Horta-Guinardó i Nou Barris.

L'edat mitjana de les dones embarassades és cada vegada més elevada, i la proporció de dones que tenen fills més enllà dels trenta-cinc anys manté una clara tendència a l'augment: en deu anys ha passat del 15% a gairebé el 33%.

La major part (el 80%), de les dones embarassades que han tingut un fill o filla estan ocupades, un 12% canvia la seva situació laboral amb motiu de l'embaràs, i un 2% han estat acomiadades.

El nombre i la proporció d'embarassos interromputs voluntàriament s'ha doblat al llarg de la darrera dècada, fins a arribar a un 28% l'any 2002. Aquesta tendència és més important en el cas de les dones joves. Encara que la taxa de naixements en dones adolescents s'ha mantingut bastant estable, la taxa d'embaràs adolescent s'ha triplicat durant la darrera dècada, amb gairebé tres de cada quatre parts que van ser avortats durant el bienni 2000-2001, proporció que reflecteix l'elevada manca de planificació dels embarassos en aquest grup d'edat (el 92%).

Al principi de la dècada actual, s'observa un augment del nombre de parts en els centres sanitaris de la xarxa pública de la ciutat. L'any 2002, el 48% dels parts es van fer en centres públics, 6 punts percentuals més que el 1992 (el 42%). La proporció de parts per cesària s'ha estabilitzat en prop del 30%, un percentatge massa elevat.

La proporció de parts múltiples (l'1,7% l'any 2002) ha augmentat durant l'última dècada com a conseqüència de la utilització de mètodes de reproducció assistida.

Ha augmentat el percentatge de nadons prematurs i amb baix pes en néixer (l'any 2002, el percentatge de baix pes ha estat del 7,7%).

S'observa un increment del nombre de medicaments utilitzats durant la gestació, amb una mitjana de cinc durant els darrers dos anys.

La proporció d'embarassades fumadores ha disminuït durant la dècada i ha augmentat el nombre d'embaras-

sades que deixen de fumar i de beure alcohol durant la gestació.

Utilització de serveis sanitaris i vacunes

El percentatge d'embarassades que no es fan la primera visita a l'obstetre durant el primer trimestre ha anat decreixent, i des del 1995 no ha pujat del 4%. La proporció de dones que es fan una ecografia al cinquè o sisè mesos, període adient per fer el cribratge de defectes congènits, és cada vegada més alta (el 97% l'any 2002). Tanmateix, la mitjana del nombre d'ecografies fetes durant la gestació continua sent massa elevada (unes cinc o sis).

S'ha doblat la proporció del nombre d'embarassades que se sotmeten a una prova invasiva (la majoria, amniocentesi) per descartar anomalies cromosòmiques. Aquest increment es produeix en funció, sobretot, del grup d'embarassades joves.

El 98% de les criatures tenen cobertura sanitària pública, amb un 31% que la tenen també privada, i que en general pertanyen a classes socials més afavorides. Un 2% té només cobertura privada. No s'han trobat diferències en la utilització de serveis sanitaris segons la classe social, encara que hi ha una més gran utilització del servei d'urgències en els infants amb cobertura sanitària mixta o privada.

Aquest any, i en el context del final de la reforma sanitària de l'atenció primària, tenim prop de mil nens o nenes per pediatra, amb diferències importants entre districtes: 686 criatures per pediatra a Ciutat Vella i 2.187 a Sarrià - Sant Gervasi.

Les enquestes periòdiques que es fan a la ciutat indiquen que les criatures presenten una cobertura vacunal notificada superior al 90%.

Morbimortalitat materna i infantil

La malaltia crònica més prevalent entre les embarassades és l'asma (un 2,9%), seguida de les malalties cròniques de la tiroide (un 1,8%) i renals (un 1,4%). Fins a un 12% de les embarassades desenvolupen diabetis gestacional.

La mortalitat infantil és molt baixa i ha experimentat una davallada durant els anys de la dècada actual en funció del segment de mortalitat neonatal precoç i de la postneonatal. Els avenços del diagnòstic prenatal i en les cures del neonats malalts tenen molt a veure amb aquest descens. La mortalitat perinatal es manté estable.

El grup més nombrós de causes de mortalitat, tant perinatal com infantil, és el de les alteracions durant l'embaràs (de la placenta, de l'amni i del cordó umbilical) i les complicacions del part, seguides dels defectes congènits.

Pel que fa a les malalties infantils, la tuberculosi experimenta un important descens durant el període 1992-

2001 en tots els grups d'edat infantil i adolescent. El nombre de casos d'hepatitis A i meningitis registrats en aquests grups d'edat durant l'any 2001 a Barcelona és molt baix.

La taxa de defectes congènits entre el 1992 i el 2002 és del 2%, bastant estable al llarg del període, amb un 3,1% als hospitals de referència (majoritàriament de la XHUP) i un 0,8% a la resta (privats). El 27% dels casos amb defectes congènits són interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), i la resta, nadons. El grup més nombrós és el de les alteracions cardiovasculars, amb un 0,75% dels fetus afectats. Un 76% de les anomalies cromosòmiques han estat detectades mitjançant una prova invasiva, i, d'aquestes, un 89% han acabat en avortament. El 51% dels casos han estat detectats prenatalment per ecografia, amb un 31% abans de la 23a setmana de gestació. D'aquests, un 64% han acabat en una IVE.

Pel que fa als accidents de trànsit, cal destacar que un de cada deu lesionats atesos a Barcelona són infants o adolescents menors de divuit anys. Es tracta d'infants atropellats per vehicles de motor (prop d'un terç), passatgers de turismes involucrats en col·lisions (una quarta part) i adolescents usuaris de vehicles de dues rodes. Dos terços dels nois lesionats que circulaven amb motocicleta n'eren els conductors encara que no tenien edat per conduir-ne. Per altra banda, l'ús del casc està molt estès.

Salut percebuda dels infants i adolescents

Un 19% dels menors de cinc a catorze anys presenten el perfil de més bona salut, i un 7%, el de més mala salut. El 26,5% dels menors presenten algun trastorn crònic. No s'observen diferències en la proporció dels perfils de salut segons la classe social. En canvi, el perfil de més mala salut presenta un percentatge més alt quan el nivell d'estudis del cap de família és menor.

La salut maternoinfantil dels immigrants

La proporció de naixements de parelles d'immigrants de països en vies de desenvolupament s'ha duplicat entre els anys 1994 i 2001. Tots els districtes han incrementat la proporció d'aquests naixements, encara que Ciutat Vella presenta una proporció molt per sobre de la de la resta. Sembla que també augmenta la taxa d'IVE en aquest col·lectiu.

La salut mental a Barcelona

Els factors socials

Un 17% de les dones i un 10% dels homes presentaven patiment psicològic a Barcelona l'any 2000. Entre les dones, la prevalença de patiment psicològic era més alta com més alta era l'edat, i, en canvi, en els homes no hi havia un patró relacionat amb l'edat tan clar.

Pel que fa a l'estat civil, les persones separades (o divorciades) i vídues patien pitjor salut mental que les persones solteres i les casades (o emparellades). Les dones vídues destacaven per tenir la prevalença més alta de mala salut mental (26%).

Les persones amb un nivell educatiu baix i les de classe social desavantatjada tenien pitjor salut mental que la resta. D'altra banda, les persones amb més suport social gaudien de més bona salut mental que les que en tenien menys. Els residents als districtes de Ciutat Vella i Horta-Guinardó presentaven prevalences més altes de patiment psicològic.

Les persones que vivien en llars amb infants tenien una prevalença de patiment psicològic inferior a les que vivien en llars sense infants. En funció de qui tenia cura de les criatures, s'observava que els homes i les dones que compartien aquesta cura eren els qui gaudien de més bona salut mental (el 5 i el 8% amb persones amb patiment psicològic, respectivament). Les persones que vivien en llars amb algun membre discapacitat mostraven una prevalença de patiment psicològic més elevada que les que no en tenien cap.

Els estils de vida i la salut

El consum de cànnabis i el de cocaïna estan relacionats amb una prevalença més alta de persones amb patiment psicològic.

Tant el mal estat de salut percebut com la presència de discapacitats o de trastorns crònics estaven relacionats amb el patiment psicològic.

La utilització de serveis

Un 5,8% dels enquestats havien visitat algun especialista de salut mental (psiquiatre o psicòleg) durant l'any anterior a la realització de l'enquesta. Gran part de persones que havien fet visites al psiquiatre o al psicòleg tenien prevalences de patiment psicològic altes (de prop del 40% en homes i en dones per als dos professionals).

D'altra banda, les persones amb patiment psicològic visitaven els especialistes de salut mental (psiquiatre o psicòleg) en un percentatge més elevat (16% dels homes i 18% de les dones) que els qui gaudien de bona salut mental, dels quals tan sols el 3% dels homes i el 5% de les dones visitaven algun d'aquests especialistes. El consum de tranquil·litzants i d'antidepressius era més alt en les persones amb patiment psicològic.

RESUMEN EJECUTIVO. La salud en Barcelona 2002

El primer informe de salud de la ciudad de Barcelona fue en 1983, y por lo tanto ahora celebramos el veintavo aniversario de la realización de estos informes. Este año, los objetivos del informe son los siguientes: 1) presentar el estado de salud de la población y sus determinantes de los últimos años en Barcelona; 2) describir exhaustivamente la salud materno-infantil, y 3) analizar la salud mental y sus determinantes. El informe está formado por tres capítulos, y cada uno de ellos responde a uno de los tres objetivos mencionados. A continuación se resumen los puntos más importantes de cada capítulo.

La salud y sus determinantes en la población de Barcelona

La población y el medio

La población de Barcelona, de 1.527.190 personas a principios de 2002, está envejecida, siendo el porcentaje de hombres mayores de sesenta y cinco años del 18%, y el de mujeres, del 25%. La población nacida fuera del Estado español ha crecido, del 1,9% en 1996 al 10,7% en enero de 2003.

Un 63% de los hombres y un 43% de las mujeres de dieciséis años o más son población activa. Según datos de la Encuesta de población activa, el paro se sitúa en el 12,3% en las mujeres y en el 11% en los hombres.

La calidad del aire y del agua de consumo está dentro de los límites establecidos.

La salud percibida y las conductas relacionadas con la salud

Ocho de cada diez hombres y siete de cada diez mujeres declaran su estado de salud como muy bueno o bueno, manteniéndose estos porcentajes estables durante los últimos años. La clase social es un factor determinante del mal estado de salud percibido. También existe estabilidad respecto a los trastornos crónicos declarados. En la última encuesta de salud de Barcelona (año 2000), un 35,3% de los hombres y un 23% de las mujeres se declaraban consumidores habituales de tabaco. Desde finales de los años ochenta, el consumo disminuye en los hombres y aumenta en las mujeres.

Problemas de salud específicos

La tuberculosis presenta una importante disminución desde 1990, que sigue a principios del nuevo siglo, a pesar de que los inmigrantes aportan un 30% de los casos en los años 2001 y 2002. El sida sigue el descenso que empezó a mediados de la década de los noventa, cuando se impusieron los tratamientos antirretrovirales, aunque las tendencias varían según el nivel socio-económico del barrio y de la persona en cuestión. Disminuyen los usuarios de opiáceos y aumentan los de cocaína, siendo ésta, actualmente, la droga no institucionalizada más consumida. En el curso académico

2001-2002, un 32,8% de los chicos y un 32,4% de las chicas de cuarto curso de ESO (15-16 años) declaran que han probado el cánnabis, cifra estable respecto al curso 1995-1996.

En el número de urgencias hospitalarias por lesiones de accidentes de tráfico, se observa una disminución respecto a los dos años anteriores.

En el período 1994-2002, se han notificado, en la ciudad de Barcelona, 4.594 accidentes laborales graves y 485 mortales. Los accidentes graves aumentan hasta 1999, para después disminuir. En el sector servicios es aquél en que se producen más número de accidentes graves. El número de accidentes mortales en el período 1994-2002 oscila entre 44 y 60 muertos por año; en el año 2002 fueron 53, cifra estable respecto a los dos últimos años, y destacan los 38 accidentes ocurridos en el sector servicios.

La mortalidad

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad disminuyen, por lo que la esperanza de vida al nacer aumenta 3,5 años en hombres y 2,8 años en mujeres desde principios de la década de los noventa (en el año 2001 fue de 76,2 años en hombres y de 83 en mujeres). La mortalidad por sida en jóvenes y adultos jóvenes (15-44 años) sigue disminuyendo, estando al nivel de las otras causas de muerte (accidentes de tráfico, sobredosis y suicidio). Las primeras causas de muerte en la población de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años son el cáncer de pulmón y la enfermedad isquémica del corazón en hombres y el cáncer de mama en mujeres, y todas ellas tienden a disminuir. En el grupo de más de sesenta y cuatro años, las causas principales en mujeres son la enfermedad cerebro-vascular y la enfermedad isquémica del corazón, y en hombres, las mismas causas pero con prevalencia invertida. También en este caso tienden a disminuir.

Los servicios sanitarios

La reforma de la atención primaria cubre un 94,2% de la población en el año 2002. Aunque la oferta de camas de agudos en los hospitales públicos se ha mantenido, las tasas de hospitalización aumentan desde 1994. La actividad en las urgencias de los servicios hospitalarios y del Servicio Coordinador de Urgencias de Barcelona va subiendo, y se mantiene estable la actividad de los centros de atención continuada. Los recursos de atención sociosanitaria y de atención a la salud mental han aumentado, aunque en 2001 disminuyeron las camas de hospitalización psiquiátrica.

La salud materno-infantil en Barcelona

Embarazos y partos

La natalidad se recupera ligeramente durante los primeros años de la actual década. Desde 1999, el número de nacimientos aumenta un promedio de doscientos cincuenta por año. Esta pequeña recuperación tiene que ver con la natalidad de las mujeres inmigrantes, que va en

aumento y que llegó en el año 2001 al 16% de los nacimientos de la ciudad. La magnitud de esta subida es diferente según los distritos de la ciudad, siendo más acusada en Ciutat Vella, L'Eixample, Sarrià - Sant Gervasi, Horta-Guinardó y Nou Barris.

La media de edad de las mujeres embarazadas es cada vez mayor. La proporción de mujeres que tienen hijos más allá de los treinta y cinco años muestra una clara tendencia a aumentar: en diez años ha pasado del 15% a casi el 33%.

La mayoría de las mujeres embarazadas que han tenido un hijo o hija tienen empleo (el 80%), un 12% cambia su situación laboral por el embarazo y un 2% han sido despedidas.

El número y la proporción de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) se ha doblado durante la última década hasta llegar a un 28% en 2002. Esta tendencia es más importante en el caso de las mujeres jóvenes. Aunque la tasa de nacimientos de mujeres adolescentes se mantiene bastante estable, la tasa de embarazo adolescente se ha triplicado durante la última década, con casi tres de cuatro partos abortados durante el bienio 2000-2001, lo que refleja la elevada falta de planificación de los embarazos en este grupo de edad (el 92%).

A principios de la actual década se observa un aumento del número de partos en los centros sanitarios de la red pública de la ciudad. En el año 2002, el 48% de los partos se llevaron a cabo en centros públicos, 6 puntos porcentuales más que en 1992 (el 42%).

La proporción de partos por cesárea se estabiliza en el 30%, un porcentaje demasiado elevado.

La proporción de partos múltiples (el 1,7% en 2002) aumenta durante la última década a consecuencia de la utilización de métodos de reproducción asistida.

También aumenta el porcentaje de nacimientos prematuros y con bajo peso al nacer (en 2002, el porcentaje de bajo peso es del 7,7%).

Aumenta el número de medicamentos consumidos durante la gestación, con un promedio de cinco durante los dos últimos años.

La proporción de embarazadas fumadoras disminuye durante la década, y aumenta el número de embarazadas que dejan de fumar y de beber alcohol en la gestación.

Utilización de servicios sanitarios y vacunas

El porcentaje de embarazadas que no van a la primera visita del obstetra durante el primer trimestre ha disminuido, y desde 1995 no ha superado el 4%. La proporción de mujeres que se hacen una ecografía el quinto o sexto meses, período adecuado para hacer el cribaje de defectos congénitos, es cada vez mayor (el 97% en 2002). El promedio del número de ecografías realizadas durante la gestación también es muy elevado (unas cinco o seis).

Se ha doblado la proporción del número de embarazadas que se someten a una prueba invasiva (la mayoría amniocentesis) para descartar anomalías

cromosómicas. Este incremento se produce en función, sobre todo, del grupo de embarazadas jóvenes.

El 98% de las criaturas tienen cobertura sanitaria pública, con un 31% que también la tienen privada, siendo éstos últimos los que pertenecen a clases sociales más favorecidas. Un 2% sólo tiene cobertura privada. No se han encontrado diferencias en la utilización de servicios sanitarios según clase social, aunque utilizan más los servicios de urgencias las criaturas con cobertura sanitaria mixta o privada.

Actualmente, y en el contexto del final de la reforma sanitaria de la atención primaria, tenemos unos mil niños o niñas por pediatra, con diferencias importantes entre distritos de la ciudad: 686 niños por pediatra en Ciutat Vella y 2.187 en Sarrià - Sant Gervasi.

Las encuestas periódicas que se realizan en la ciudad indican que los niños presentan una cobertura vacunal notificada superior al 90%.

Morbi-mortalidad materna e infantil

La enfermedad crónica más prevalente entre las embarazadas es el asma (un 2,9%), seguida de las enfermedades crónicas del tiroides (un 1,8%) y renales (un 1,4%). Hasta un 12% de las embarazadas desarrollan diabetes gestacional.

La mortalidad infantil es muy baja, teniendo un descenso importante en los años de esta década en función del segmento de mortalidad neonatal precoz y post-neonatal. Los avances en el diagnóstico prenatal y en los cuidados a los recién nacidos enfermos tienen mucho que ver con este descenso. La mortalidad perinatal se mantiene estable.

El grupo de causas de mortalidad más numeroso, tanto perinatal como infantil, es el de las alteraciones durante el embarazo (placenta, amnios y cordón umbilical) y las complicaciones del parto, seguidas de los defectos congénitos.

Respecto a las enfermedades infantiles, la tuberculosis tiene un importante descenso en el período 1992-2001 en todos los grupos de edad infantil y adolescente. El número de casos de hepatitis A y meningitis registrados en estos grupos de edad en Barcelona, en el año 2001, es muy bajo.

La tasa de defectos congénitos entre 1992 y 2002 es del 2%, bastante estable durante el período, con un 3,1% en los hospitales de referencia (mayoritariamente de la RHUP) y un 0,8% en el resto (privados). El 27% de los casos con defectos congénitos son IVE, y el resto, recién nacidos. El grupo más numeroso es el de las alteraciones cardiovasculares, con un 0,75% de los fetos afectados. Un 76% de las anomalías cromosómicas se detectan mediante una prueba invasiva y, de éstas, abortan un 89%. El 51% de los casos se detectan prenatalmente por ecografía, con un 31% antes de la semana 23.^a de gestación. De éstos, un 64% acaban en una IVE.

En los accidentes de tráfico, uno de cada diez lesionados atendidos en Barcelona son niños/as o adolescentes menores de dieciocho años. Son niños/as atropellados por vehículos de motor (casi un tercio),

pasajeros de turismos involucrados en colisiones (una cuarta parte) y adolescentes usuarios de vehículos de dos ruedas. Dos tercios de los chicos lesionados que circulaban en motocicleta eran los conductores, aunque no tienen edad para conducirla. El uso del casco está muy extendido.

Salud percibida de los niños y adolescentes

Un 19% de los menores de cinco a catorce años tiene el perfil de mejor salud, y un 7%, el de peor salud. El 26,5% de los menores presentan algún trastorno crónico. No existen diferencias en la proporción de los perfiles de salud según la clase social. En cambio, el perfil de peor salud presenta un porcentaje mayor cuando el nivel de estudios del cabeza de familia es menor.

La salud materno-infantil de los inmigrantes

La proporción de nacimientos de parejas inmigrantes de países en vías de desarrollo se ha duplicado entre 1994 y 2001. En todos los distritos ha subido la proporción de estos nacimientos, aunque en Ciutat Vella esta proporción es muy superior a la del resto. Parece que la tasa de IVE en este colectivo también aumenta.

La salud mental en Barcelona

Los factores sociales

Un 17% de las mujeres y un 10% de los hombres presentan sufrimiento psicológico en Barcelona en el año 2000. Entre las mujeres, la prevalencia de sufrimiento psicológico es más alta cuanto mayor es la edad, y en cambio en los hombres no hay un patrón tan claro relacionado con la edad.

Referente al estado civil las personas separadas (o divorciadas) y viudas tienen peor salud mental que las personas solteras o casadas (o con pareja). Destacan las mujeres viudas por tener la prevalencia más alta de mala salud mental (26%).

Las personas con un bajo nivel educativo y clase social desfavorecida tienen peor salud mental que el resto. Por otro lado, las personas con más apoyo social tienen mejor salud mental que las que tienen menos. Los residentes en el distrito de Ciutat Vella y Horta-Guinardó presentan prevalencias más altas de sufrimiento psicológico.

Las personas que viven con criaturas tienen una prevalencia de sufrimiento psicológico inferior a las que viven sin ellas. En función de quien cuida a las criaturas se observa que los hombres y mujeres que lo comparten son los que tienen mejor salud mental (el 5% y el 8% con personas con sufrimiento psicológico, respectivamente). Las personas que viven hogares con algún miembro discapacitado, muestran una prevalencia de sufrimiento psicológico mayor que las familias sin ningún miembro discapacitado.

Los estilos de vida y la salud

El consumo de cánnabis y el de cocaína están relacionados con una prevalencia más alta de personas con sufrimiento psicológico.

La mala salud percibida y la presencia de discapacidades o trastornos crónicos están relacionados con el sufrimiento psicológico.

La utilización de servicios

Un 5,8% de los encuestados habían visitado a algún especialista de salud mental (psiquiatra o psicólogo) durante el año anterior a la realización de la encuesta. Buena parte de las personas que habían ido al psiquiatra o psicólogo tenían prevalencias de sufrimiento psicológico altas (de alrededor del 40% en hombres y en mujeres para los dos profesionales).

Por otro lado, las personas con sufrimiento psicológico iban a los especialistas de la salud mental (psiquiatra o psicólogo) en un porcentaje más elevado (16% de los hombres y 18% de las mujeres) que los que tienen buena salud mental, de los que sólo el 3% de los hombres y el 5% de las mujeres visitaban a alguno de estos especialistas.

El consumo de tranquilizantes y antidepresivos es más alto en las personas con sufrimiento psicológico.

EXECUTIVE SUMMARY. Health in Barcelona 2002

The first report on health in the city of Barcelona was published in 1983: this year we therefore celebrate the XXth anniversary of this publication.

The objectives of the report this year are: 1) to present the state of the population's health and its determinants, over recent years, in Barcelona; 2) to provide a complete description of maternal and infantile health and 3) to analyse mental health and its determinants. The report consists of three chapters, each of which corresponds to one of the three mentioned objectives. The most important points in each chapter are summarized below.

Health and its determinants among the population of Barcelona*Population and setting*

The population of Barcelona, 1.527.190 inhabitants at the beginning of 2002 has aged, 18% of men and 25% of women, being older than 65 years. The foreign-born population (born outside Spain) has grown, from 1.9% in 1996 to 10.7% in January 2003.

A 63% of men and 43% of women are active population. According to data from the Survey of the Active Population, unemployment is around 12.3% in women and 11% in men.

Air quality and that of water for domestic consumption both fall within the established limits.

Perceived health and health-related behaviours

Eight of every ten men, and 7 of every 10 women declare their state of health to be good or very good, these percentages having remained stable over the last few years. Social class is the factor most clearly related with declaring a poor perceived health status. Declared chronic illnesses have also remained stable.

In the last Barcelona Health Survey (year 2000) 35.3% of men and 23% of women reported that they usually smoked. Since the late 1980's, smoking has fallen among men and increased among women.

Specific health problems

Tuberculosis has experienced an important decrease since 1990, that still persists, despite the fact that immigrants contributed 30% of the cases during the years 2001-2002. AIDS continues the decline which began in the mid-1990's when antiretroviral treatments were introduced, although the trends vary by socio-economic characteristics of individuals and neighbourhoods.

The number of opiate users is diminishing while that of cocaine is increasing, making it the most consumed non-institutionalised drug. In the academic year 2001-02 32.8% of boys and 32.4% of girls in secondary school fourth grade (15-16 years) report having tried cannabis, practically the same as in 1995-96.

Regarding the number of hospital emergencies due to traffic injuries, a decrease is observed with respect to the two previous years.

In the period 1994-2002, in the city of Barcelona, 4594 serious occupational accidents were reported, and 485 deaths. Annual rates of serious occupational accidents increased up to 1999 but have been diminishing since; these accidents are most numerous in the services sector. Annual numbers of fatal accidents over the period 1994-2002 oscillate between 44 and 60; figures have remained stable for the last two years, with 53 being reported in 2002, 38 of these accidents occurred in the services sector.

Mortality

Age standardized mortality rates have diminished and as a consequence the life expectancy at birth has increased by 3.5 years in men and 2.8 years in women since the beginning of the 1990's (in the year 2001 life expectancy was 76.2 years for men and of 83 for women).

Mortality due to AIDS among youths and young adults (15-44 years) continues to decline, having now reached levels comparable to certain other causes of death (traffic accidents, overdose and suicide). The primary causes of death in the population aged 45 to 64 years are lung cancer and ischemic heart disease in men, and breast cancer in women; all show a declining trend. In the group aged over 64 years the main causes in women are cerebrovascular disease and ischemic heart disease, just as in men although with order of importance reversed. Once again, rates are tending to decline.

Health services

In the year 2002, 94.2% of the population were covered by reformed primary care. Although the availability of acute public hospital beds has remained constant, hospitalisation rates have been increasing since 1994. The activity levels of emergency hospital services and of the Coordinated Emergencies Service of Urgencies of Barcelona both continue to rise, whereas the activity of the Centres of Continuous Care has remained stable. Resources dedicated to social work and mental health care have both increased, even though in 2001 there was a reduction in the number of psychiatric beds.

The maternal and child health in Barcelona

Pregnancies and childbirths

The birth rate increased slightly during the first years of the current decade. Since 1999, the number of births has risen by 250 per year on average. This small rise reflects births among immigrant women which accounted for 16% of all births in the city in 2001. The magnitude of this rise varies according to city district, being more marked in Ciutat Vella, Eixample, Sarrià-Sant Gervasi, Horta-Guinardó and Nou Barris.

The average age of pregnant women is rising. The proportion of births to women aged 35 years or over presents a clear upward trend: in 10 years it has risen from 15% to almost 33%.

Most of the women giving birth are in employment (80%), 12% changed their occupational status due to the pregnancy while 2% were dismissed.

The number and proportion of induced abortions has doubled, reaching 28% in 2002. This trend is more marked in the case of the younger women. Although the rate of births in adolescents has remained fairly stable, the rate of adolescent pregnancy has tripled during the last decade, with almost 3 of every 4 aborting during the biennium 2000-2001, reflecting a significant lack of pregnancy planning in this age group (92%).

At the beginning of the current decade an increase in births was observed in the city's public hospitals. In the year 2002 48% of births took place in public hospitals, 6 percentage points more than in 1992 (42%).

The proportion of Caesarean births has stabilized at around 30%, this figure being considered too high.

The proportion of multiple births (1.7% in the year 2002) has increased during the last decade, a consequence of the more widespread use of methods of assisted reproduction.

The percentage of low birth weight and premature births has increased (7.7% of births in the year 2002 were low weight).

An increase has been observed in the number of drugs used during pregnancy, the average being 5 over the last two years.

The proportion of pregnant smokers has fallen over the decade, along with a rise in the number of women who give up smoking and alcohol during their pregnancy.

Health services utilization and vaccinations

The percentage of pregnant women not making an initial obstetric visit during the first three months of pregnancy has been falling, and since 1995 has not exceeded 4%. The proportion of women having an ultrasound screening in the fifth or sixth month, the most suitable period for detection of congenital abnormalities, continues to rise (97% in 2002). Similarly, the average number of ultrasounds

performed during pregnancy continues to be very high (between 5 and 6).

The number of pregnant women undergoing some kind of invasive procedure to diagnose chromosomal anomalies (mostly amniocentesis) has doubled. This increase has occurred above all in the youngest age group.

Ninety eight percent of infants are covered by public health insurance, 31% additionally have private coverage, the latter mainly among the higher social classes. Only 2% have exclusively private health insurance coverage. No differences have been observed in health services utilization as a function of social class, although there is a higher utilization of emergency services among infants with mixed or exclusively private coverage.

This year, with primary health care reforms reaching a conclusion, we have approximately 1000 infants per paediatrician, with important differences between city districts: 686 per paediatrician in Ciutat Vella, 2187 in Sarrià - Sant Gervasi.

Periodic surveys in the city indicate that declared vaccinations cover over 90% of infants.

Maternal and child morbidity and mortality

The most prevalent chronic illness among pregnant women is asthma (2.9%), followed by chronic thyroid (1.8%) and renal conditions (1.4%). Up to 12% of pregnant women develop gestational diabetes.

Infantile mortality is very low and has fallen during the current decade, as a function of the early neonatal and the postneonatal mortality. Advances in prenatal diagnostic techniques and in neonatal care has probably had a significant influence in this decline. Perinatal mortality has remained stable.

The causes responsible for most perinatal and infantile deaths are conditions related directly with the pregnancy (placenta, amnios and umbilical cord), along with complications in the delivery, followed by congenital abnormalities.

With regard to infantile diseases, tuberculosis has undergone an important decline during the period 1992-2001 in the infantile and adolescent age groups. The number of cases of hepatitis A and meningitis registered in Barcelona for these age groups during 2001 is very low.

The rate of congenital abnormalities in the period 1992-2002 is 2%, having remained fairly stable over the period, with 3.1% in reference hospitals (mainly public), and 0.8% in other hospitals (private). Twenty seven percent of congenital abnormality cases correspond to induced abortions, the remainder to newborns. The largest group is that of cardiovascular conditions, affecting 0.75% of fetuses. Seventy six percent of chromosomal alterations were detected through some form of invasive test and, of these, 89%

ended in induced abortion. Fifty one percent of the cases were detected prenatally via echography, 31% of them prior to the 23rd week of gestation. Of these, 64% ended in abortion.

In regard to traffic accidents, it should be noted that one of every 10 injury cases attended in Barcelona are infants or adolescents under 18 years of age. They include children run over by motor vehicles (almost one third), passengers of cars involved in collisions (a quarter of the cases), and adolescent users of two-wheeled vehicles. Two thirds of the injured adolescent male motorcycle users were the driver, despite being under the regulation age. Helmet usage is, on the other hand, widespread.

Childhood and adolescent perceived health

Nineteen percent of children aged 5-14 years present a profile of improved health, and 7% worsened health. Chronic conditions are presented by 26.5% of minors. No differences are observed in proportions of health profiles as a function of social class. On the other hand, the profile of poor perceived health is more common when the educational level of the head of the family is lower.

Maternal and child health among immigrants

The proportion of births to immigrant couples from developing countries doubled between 1994 and 2001. All city districts have experience increases in these births, although Ciutat Vella presents a proportion well above the rest. It would also appear that the rate of abortions is rising up in this population group.

Mental health in Barcelona

Social factors

Seventeen percent of women and 10% of men presented some form of psychological condition in Barcelona during 2000. Among women, prevalence of psychological conditions increased with age, whereas no clear age related pattern was evident among men. Separated (or divorced) individuals, and widows/widowers present poorer mental health than those who are single, or married (or de facto couples). Widows have a notably higher prevalence of poor mental health (26%). Individuals with low educational level and those in disadvantaged social classes have worse mental health than the rest. On the other hand those with more social support enjoy better mental health than those with less. The districts of Ciutat Vella and Horta-Guinardó present the highest prevalences of psychological conditions.

Members of households with children had a lower prevalence of suffering a psychological condition than

those in households without children. Depending on who looks after the children, we observed that men and women sharing the task enjoyed the best mental health (5% and 8% respectively suffered some condition). Households with an invalid member or members had a higher prevalence of psychological conditions than those without.

Lifestyles and health

Consumption of cannabis and cocaine were related with a higher prevalence of individuals suffering a psychological condition.

Poor perceived health status, presence of some invalid household member and presence of chronic conditions were all related with worse mental health.

Utilization of services

It was observed that 5.8% of interviewees had visited a specialist in mental health (psychologist or psychiatrist) in the year before the survey. Many of the people who had visited a psychiatrist or psychologist had high prevalences of psychological conditions (around 40% in men and women for both types of specialist).

On the other hand, those with some psychological condition visited mental health specialists (either psychiatrist or psychologist) more often (16% among men, 18% among women) than individuals with good mental health, among whom only 3% of men and 5% of women visited one of these specialists.

Consumption of tranquillizers and anti-depressants was higher among individuals suffering some psychological condition.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**